

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - PROESPE  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RAITZA ARAÚJO DOS SANTOS LIMA

***STRESS E QUALIDADE DE VIDA EM ESPOSAS DE  
ALCOOLISTAS***

RECIFE

2006

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - PROESPE  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

***STRESS E QUALIDADE DE VIDA EM ESPOSAS DE  
ALCOOLISTAS***

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, linha de pesquisa: Construção da Subjetividade na Família, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre.

MESTRANDA: RAITZA ARAÚJO DOS SANTOS LIMA

ORIENTADORA: MARIA CRISTINA LOPES DE ALMEIDA AMAZONAS

RECIFE

2006

L732s

Lima, Raitza Araújo dos Santos  
Stress e qualidade de vida em esposas de alcoolistas /  
Raitza Araújo dos Santos Lima ; orientadora Maria Cristina  
Lopes de Almeida Amazonas, 2007.  
93 f. : il

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de  
Pernambuco. Pró-reitoria de Ensino, Pesquisa e Extensão.  
Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2007.

1. Psicologia clínica. 2. Qualidade de vida. 3. Alcoolismo.  
4. Stress (Psicologia). 5. Família. I. Título.

CDU 616.891.4

RAITZA ARAÚJO DOS SANTOS LIMA

***STRESS E QUALIDADE DE VIDA EM ESPOSAS DE  
ALCOOLISTAS***

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Maria Cristina Lopes da Almeida Amazonas  
Orientadora

---

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas

---

Prof. Dra. Maria da Graça Bompastor Borges Dias

RECIFE

2007

Aos meus pais Fernando e Euse e minha irmã Naila pelo incentivo, exemplos de sabedoria e responsabilidade perante a vida.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas, pela dedicação e incentivo diante das minhas dificuldades.

Ao Prof<sup>º</sup> Marcus Túlio Caldas e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria da Graça Bompastor Borges Dias por suas indispensáveis contribuições.

À professora Maria José por sua revisão em todo o texto.

Aos professores que compõem o Laboratório de Família (LAFAM) da Universidade Católica de Pernambuco.

À bibliotecária Ana Beatriz Nascimento por sua orientação nas citações e referências do trabalho.

Aos companheiros de mestrado, Thállita, Paula, Tatiana, Marcos, Érika pela amizade e apoio no decorrer do curso.

A Clínica do Sol – Casa de Repouso, por conceder o local para a pesquisa.

Às esposas que aceitaram participar da coleta de dados desta pesquisa.

## SUMÁRIO

Índice de Tabelas.....	VII
índice de Figuras.....	VIII
Índice de Anexos.....	IX
Resumo.....	X
Abstract.....	XI
Apresentação.....	XII
Introdução.....	15
Breve história e conceituação do stress.....	15
Aspectos relacionados às fontes estressoras.....	17
Estratégias de enfrentamento do stress.....	20
Os principais sintomas de stress mencionados pelas mulheres.....	23
Alcoolismo.....	25
Breve história do Alcoolismo.....	25
Síndrome da dependência do álcool.....	27
Alcoolismo e a família.....	29
Qualidade de vida.....	34
A influência negativa do stress na qualidade de vida.....	36
A prática do cuidar feminino como uma questão cultural.....	38
A mulher cuidadora do esposo alcoolista.....	43
Método.....	45
Participantes.....	45
Instrumentos.....	47
Local.....	49
Procedimento.....	50
Método de Análise dos resultados.....	51
Resultados e discussão.....	54
Considerações finais.....	77
Referências.....	79
Anexos.....	85

## Índice de Quadro e Tabela

<b>Quadro 01:</b> Caracterização da Amostra.....	46
<b>Tabela 01:</b> Fases e sintomas de <i>stress</i> .....	55

## Índice de Figuras

Figura 01: Sintomas psicológicos de stress.....	60
Figura 02: Sintomas físicos de stress.....	61
Figura 03: Fontes externas de stress.....	63
Figura 04: Fontes internas de stress.....	67
Figura 05: Estratégias de enfrentamento do stress.....	71
Figura 06: Fracassos na qualidade de vida.....	75

## Índice de Anexos

<b>Anexo 01:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
<b>Anexo 02:</b> Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL).....	87
<b>Anexo 03:</b> Inventário de Qualidade de Vida (Lipp e Rocha, 1994).....	91
<b>Anexo 04:</b> Entrevista Semi-Estruturada .....	93

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo estudar o *stress* e a qualidade de vida em esposas de alcoolistas. O *stress* pode ser definido como uma reação do organismo, com implicações físicas e/ou psicológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a amedronta, irrita, excita ou que ocasiona intensa felicidade (LIPP, 1996). O relacionar-se com um dependente alcoólico, segundo Edwards (1999), tende a provocar *stress*, principalmente graças à imprevisibilidade do seu comportamento. Dessa forma, a esposa, em particular, não sabe o que a espera ao se deparar com o cônjuge em estado de embriaguez. Diante desse quadro, optamos por realizar um estudo sobre *stress* e qualidade de vida em esposas de alcoolistas. Nesta pesquisa foram avaliadas 31 esposas, cujos cônjuges estavam em início de tratamento ambulatorial de reabilitação em uma clínica psiquiátrica na cidade de Garanhuns – PE. Utilizamos os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); Inventário de Qualidade de Vida (IQV) e roteiro de entrevista. No que se refere aos resultados, 93,54% das esposas apresentaram *stress*; 67,7% na fase de resistência e 12,9% na fase de exaustão. Para analisarmos o nível de significância em relação à ocorrência de *stress* na amostra pesquisada, usamos o  $X^2$  (qui-quadrado). Os resultados encontrados foram considerados significativos para  $\alpha$  ao nível de 1%. Esses dados podem indicar o mal que o convívio com o alcoolista acarreta a essas mulheres, interferindo na sua qualidade de vida. A análise das entrevistas identificou que as esposas enfrentam, em seu dia-dia, fontes externas e internas de stress. Dentre os estressores externos, um dos fatores que sobrecarrega a mulher é o fato de que ela geralmente é a responsável por todos os aspectos relacionados à família; ela também não recebe ajuda no manejo com o esposo, além de sofrer agressões verbais. Quanto às internas, encontramos: a esposa não consegue perceber alternativas que possam ajudar na recuperação de seu marido; nutre o sentimento de raiva ao percebê-lo alcoolizado; sente-se tensa e preocupada quando o marido sai de casa. Em relação às estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela esposa, destacamos: busca de apoio para si; orientação para lidar com o alcoolismo do marido; conversa com outras pessoas a respeito do problema e incentivo ao marido na procura de algum tipo de tratamento. Vale ressaltar que esses resultados referem-se aos estudos obtidos através dos dados coletados com esse grupo. Reconhecemos a necessidade de mais pesquisas com a finalidade de melhor conhecermos a mulher companheira do alcoolista, oferecendo-lhe um melhor atendimento voltado para as estratégias de controle do stress.

**Palavras-chave:** esposas de alcoolistas; *stress*, qualidade de vida.

## ABSTRACT

This work's object was to study the stress and the quality of life in alcohol addict's wives. Stress can be defined as an organism's reaction, with physical and/or psychological, that occurs during a confronting situation that may frighten, irritate, excite or cause intense happiness (LIPP, 1996). To be related to an alcohol addict, according to Edwards (1999), tends to cause stress, mainly because of an unexpected behavior. In that matter alcohol addicts wives, in particular, don't know what to expect when they find themselves with their husbands drunk. Before this scene we opted to research about the stress and the quality of life in alcohol addicts wives. In this research 31 alcohol addict wives were evaluated. Alcohol addicts were in the beginning of their ambulatorial rehabilitation treatment in a psychiatric clinic in the city of Garanhuns – PE. The following instruments were used: Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults (ISSI); The Quality of Life Inventory (IQV) and interviews. The results showed that, 93.54% of the alcohol addicts wives presented stress, 67.7% in the resistance level and 12.9% in the level of exhaustion. To analyze the level of significance related to the occurrence of *stress* in the data of the present research, the  $X^2$  (qui-quadrado) was used. The results found were considered significant for  $1 \alpha$  in a 1%. These can be indicating the harm caused by a close relationship between the alcoholics and their wives, interfering in their quality of life. The interviews analyzed identified that the wives deal with, in their daily routine, internal and external sources of stress. As to speak of the external stressful causes, one of the facts that overstresses is the fact that she's responsible for all families matters; also she doesn't receive any help on how to cope with her husband, and added to that suffers verbal aggression. We found out that the internal sources are: the impossibility to identify any alternative so to help in their husbands recovery; they nurture anger when they find them drunk; feel tense and worried when their husbands leave the house at any time. Related to the strategies used by the alcoholic's wives: search for self-orientation on how to cope with their husband's alcoholism; conversations with other people about the problem and the help needed to make their husbands start an alcoholism treatment. It's also important to note that the results were related to the studies based on the data collected for this specific group. Therefore we recognize the need of other researches as to get to know alcoholic's wives better, becoming possible to offer them proper conditions based on the stress control strategies.

**Key words:** Alcoholic's wives; Stress; Quality of life.

## APRESENTAÇÃO

O tema do alcoolismo enquanto um fenômeno que traz complicações e riscos - não somente para o usuário e seu ambiente, mas, sobretudo, para todo o contexto familiar, tem sido estudado por diversos pesquisadores (LARANJEIRA, 2004; EDWARDS, 1999; CORDIOLI, 1998). Segundo esses autores, ter um membro alcoolista na família altera a estabilidade de todo o sistema familiar e as formas de relacionamento entre os membros, acarretando problemas para a saúde física e psíquica dos seus indivíduos (DALGALARRONDO, 2000).

Quando algum membro da família adoece, todo o ambiente familiar passa a sofrer intensas aflições (CORDIOLI, 1998). Quando se trata de um dependente do álcool, a esposa e os filhos são os mais atingidos, pois estes experienciam o impacto adverso do comportamento do bebedor, tendo suas vidas completamente alteradas (EDWARDS, 1999).

Do ponto de vista de Edwards (1999), as esposas de alcoolistas são as figuras que estão mais expostas ao preconceito e exclusão por parte da sociedade em que vivem. São mulheres que acabam por se tornar pessoas com intenso sofrimento e dor. Muitas vezes chegam a se fechar para os demais, guardando para si aquela situação de desconforto e culpa.

O autor acima citado diz que essas mulheres sentem a falta de apoio, de orientação, o isolamento social e familiar; o *stress* imposto pela imprevisibilidade do que vai acontecer, pois elas nunca sabem como o marido chegará do bar e que tipo de comportamento terá, se de irritação, ameaças ou outros.

Segundo Lipp (2000 b), o termo stress é definido como uma tensão que provoca uma ruptura no equilíbrio interno do sujeito acometido por ele. As reações a esse fenômeno podem ser de ordem psicológica, física ou até mesmo dos dois tipos de sintomas.

Existem pesquisas em várias partes do mundo que demonstram as conseqüências que o *stress* excessivo pode acarretar para a saúde física e psíquica do sujeito e que um nível alto e prolongado de *stress* pode interferir na qualidade de vida das pessoas (LIPP, 2002).

Não se pode negar que o *stress* e os danos que causam à de vida dos indivíduos têm merecido cada vez mais pesquisas, envolvendo diferentes tipos de camadas sociais e variadas profissões (ROSSA, 2004; OLIVEIRA, 2004). Porém, no que se refere às esposas dos dependentes do álcool, ainda é insuficiente o número de estudos que tratam do *stress* e da qualidade de vida dessa população. Vale ressaltar que as esposas dos alcoolistas são peças importantes no tratamento. E a preocupação em assisti-las durante o processo de reabilitação do esposo é indispensável. Segundo Edwards (1999), o tratamento pode ficar prejudicado se esquecermos que as esposas também necessitam de ajuda, pois quando bem orientadas, podem motivar o companheiro a seguir o tratamento com mais firmeza, pois o suporte familiar, é fator fundamental.

Neste trabalho, pretendemos avaliar a incidência de *stress*, as fontes estressoras, as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida em esposas de alcoolistas, cujos cônjuges estejam em tratamento de reabilitação. Partimos do pressuposto de que a convivência com um cônjuge que faz uso indevido de álcool tem como uma das conseqüências tornar a companheira sobrecarregada, estressada por não saber como manejar corretamente as situações ocasionadas pela doença do marido. Termina por sofrer desgaste físico e emocional e impossibilitada de contribuir para essa reabilitação.

Visando contribuir para promover propostas de intervenção sobre o *stress* que possam prevenir a reincidência deste fenômeno nas esposas de alcoolistas é que nos propusemos a realizar tal investigação.

Além das aplicações do Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e do Inventário de Qualidade de Vida (IQV), optamos por realizar uma entrevista semi-estruturada. Esta tem a finalidade de detectar as fontes internas e externas de *stress*, bem como as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por essas mulheres, pois tais aspectos não podem ser investigados através dos inventários acima citados. A entrevista foi submetida à Análise de Conteúdo.

A descrição das participantes da pesquisa, o material utilizado, o procedimento de coleta de dados, bem como o modo de analisar os resultados estão descritos no método. Nos capítulos seguintes, apresentamos os resultados e as discussões, assim como as considerações finais do trabalho.

## INTRODUÇÃO

### BREVE HISTÓRIA E CONCEITUAÇÃO DO STRESS

Freqüentemente o *stress* é associado a profissões exaustivas, com excessos de compromissos, reuniões, que exigem muita responsabilidade, entre outras coisas. Mas a verdade é que o *stress* está presente em diversos aspectos do nosso cotidiano e a sua continuidade pode influenciar de forma negativa a vida das pessoas, independente de classe social, de sexo, de raça ou de profissão. Por ser um fator que ocasiona dificuldades e prejuízos para os sujeitos, este fenômeno passou a ser tema de estudos. Diversas pesquisas têm investigado os danos que o *stress* pode provocar na vida do ser humano, as maneiras de enfrentá-lo e, até mesmo, o seu impacto sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

O *stress* foi inicialmente conceituado e utilizado na área da Física como forma de explicar a relação entre a “força e a reação dos corpos” (NAUJORKS, 2002, p.01).

O *stress* (estresse) é uma palavra derivada do latim, que durante o século XVII adquiriu um sentido de “adversidade” ou de “aflição”. No final do século XVIII, este termo passou a ser usado para expressar “pressão” ou “esforço” (O QUE É *stress*...).

Embora existam muitos significados na literatura para a expressão, tomamos para este estudo a definição que considera o *stress*, uma “reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer em face de algo que ameace sua homeostase interna” (LIPP, 2003 p.18).

O primeiro estudioso a definir o *stress* sob o prisma médico foi Hans Selye em 1936. Este autor conceituou o termo como qualquer estímulo, nocivo ou benéfico, que desencadeie no organismo do sujeito mecanismos neuroendócrinos de adaptação (REZENDE, 2002).

Dessa forma, o *stress* pode ocorrer quando o sujeito se depara com alguma situação que, de algum modo, cause irritação, medo, excitação ou até mesmo que lhe traga uma imensa felicidade. A reação ao *stress* pode ocorrer frente a estressores negativos, como dor, frio, fome ou em virtude da interpretação que o sujeito dá ao evento desafiador (LIPP, 2003).

Inicialmente, Selye (1965) descreveu o *stress* biológico como a Síndrome de Adaptação Geral (SAG) dividindo-o em três etapas. A primeira corresponde à fase de “alerta”, que pode ser considerada a fase positiva de *stress*, pois o sujeito tem a capacidade de reservar energia para enfrentar a situação. Nessa fase, o sujeito se torna mais atento para realizar a ação; se os estressores permanecem, o organismo tenta impedir o desgaste total de energia, entrando na segunda fase. Esta é denominada de fase da “resistência” e ocorre quando a pessoa tenta lidar com os estressores para manter o seu equilíbrio. A terceira fase é denominada de “exaustão” e se dá quando o estressor ainda está presente e esgota todas as energias do organismo do indivíduo. Nesta fase, segundo Selye, o sujeito iniciaria uma predisposição às doenças mais graves (NAUJORKS, 2002).

Após muitas pesquisas e estudos sobre o *stress*, Lipp (2000 a) propôs o modelo quadrfásico do *stress*, que incluiu uma outra fase, denominada de “quase-exaustão”, situada entre a fase de resistência e a de exaustão. Em suas pesquisas, Lipp percebeu que a fase de resistência de Selye apresentava momentos distintos, sendo necessária a inclusão de uma etapa que pudesse diferenciá-los. A fase de “quase-exaustão” pode ser definida pela persistência da frequência e intensidade do fator estressor, ocorrendo a quebra da resistência do sujeito. Ela acontece quando a tensão extrapola o limite do organismo e a resistência começa a falhar: ora o sujeito sente-se bem, ora não consegue pensar de forma clara, tomar decisões, entre outras coisas. Nesta etapa, as doenças podem começar a surgir, devido à destruição das defesas imunológicas

do sujeito. Em relação à quarta fase, conforme exposto anteriormente, esta caracteriza-se pelo surgimento de doenças graves sendo descrita da mesma forma por Selye (1965) e Lipp (2000 a).

### **Aspectos relacionados às fontes estressoras**

Lipp (2000 b) comenta que, apesar do nosso cotidiano oferecer situações que provocam tensões, nem sempre o *stress* está relacionado à situações do ambiente (fatores externos). Muitas vezes ele ocorre pelas próprias características do sujeito (fatores internos). Vale ressaltar que existem diversos tipo de estressores e, muitas vezes, o que ocasiona *stress* em uma pessoa não provoca o mesmo em outra.

De acordo com Lipp (1996), estressor ou fontes de *stress* é tudo aquilo que provoca uma quebra na homeostase interna, que solicita uma adaptação a mudanças e necessita que o sujeito libere sua energia para poder lidar com os eventos.

É necessário saber diferenciar os estressores externos e os internos. Os externos independem do modo de funcionamento do sujeito e podem estar relacionados a uma mudança de emprego, acidentes ou qualquer outro evento que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa. Os estressores internos são desencadeados pelo próprio sujeito, devido ao seu estilo de ser, seus aspectos pessoais como timidez, ansiedade, dificuldades em expressar-se, entre outros (LIPP, 1996).

Vivemos um momento em que a maior parte das pessoas adota um estilo de vida agitado, tanto no âmbito profissional quanto familiar, com tempo reduzido para reflexões e cuidados pessoais. Isto leva as pessoas a apresentarem reações relacionadas ao *stress*. Este fenômeno, independente de ser de natureza positiva ou negativa, obriga-nos a utilizar uma maior quantidade de energia que a habitual para nos adaptarmos (LIPP, 2003).

O *stress* não escolhe idade, sexo, profissão ou situação financeira para se manifestar. Porém, o maior risco de apresentar sintomas relacionados a esse fenômeno não parece ser igual para todos. A literatura aponta que as mulheres são mais freqüentemente acometidas pelo *stress* do que os homens (CALAIS, 2003).

A maioria dos estudos sobre *stress* é voltada, sobretudo, para os homens, sua rotina de vida, seu trabalho e as competições profissionais. Por muito tempo, a mídia trouxe debates sobre os graves efeitos do *stress* sobre os homens, tais como: problemas cardíacos, úlceras gastroduodenais, etc. Hoje, as mulheres vivem e convivem no mesmo mundo que os homens. Tanto os homens quanto as mulheres, de uma maneira ou de outra, sofrem pressões diárias e tudo isso pode acarretar *stress* e, conseqüentemente, sérias repercussões para a saúde (WITKIN-LANOIL, 1985).

Neste trabalho, objetivou-se estudar o *stress* em mulheres casadas com alcoolistas. Uma vez que se trata de um fenômeno que ocorre com as mulheres, não se pode esquecer o contexto social que as envolve. Supõe-se que, no momento atual, submetida a intensas e constantes transformações, a mulher também pode lidar com altos níveis e situações de *stress*.

Desde os Movimentos Feministas, por volta de 1960, as barreiras impostas às mulheres e seu papel de mãe e esposa passaram a ser questionados. Isso se intensificou mais ainda com a sua entrada no mercado de trabalho. Nos dias atuais, pode-se observar que, apesar de conquistar seu espaço na sociedade, a mulher ainda conserva muitas de suas atribuições anteriores. Isto é, mesmo com os importantes e necessários avanços, ela não abandonou sua posição de cuidadora da casa e da família, apenas agregou a esta função, a de profissional, necessitando mostrar em outras áreas a mesma capacidade que exerce em seu lar. Desse fato decorre o exercício de uma tripla jornada de trabalho (GOUVEIA et al, 2006). Essa variedade de atribuições faz com que mulheres lidem constantemente com as “expectativas conflitantes da sociedade”, que espera que

sejam “atraentes, mas não sexuais”, “afirmativas, mas não agressivas” (CIPRIANO, 2004, p.163), que trabalhem fora de casa, mas não descuidem a família, entre outros fatores. A esse fenômeno, Shaevitz (1986 apud Cipriano, 2004) denomina a “síndrome da supermulher”. Esse estilo de vida agitado e difícil, cada vez mais presente na vida das mulheres, tem contribuído para que estas apresentem mais respostas de *stress*, seja de forma física, psicológica ou interpessoal e venham a sofrer graves malefícios em sua saúde.

Além de as mulheres apresentarem em suas vidas alguns estressores exclusivamente femininos, como alterações hormonais, tensão pré-menstrual e menopausa elas também lidam com outras situações conflitantes (CALAIS, 2003). Conforme exposto anteriormente, as mulheres deixaram de ser exclusivamente, donas de casa e passaram a descobrir e reconhecer o trabalho remunerado e fora de seu lar (TANGANELLI, 2003).

Com o passar dos anos, as mulheres adquiriram hábitos considerados exclusivos dos homens, como o consumo de bebidas alcoólicas, cigarros e, conseqüentemente, maior participação nas estatísticas de acidentes de trânsito e doenças cardíacas (TANGANELLI, 2003).

O aumento do número de estressores que acompanham as mulheres torna-as cada vez mais vulneráveis ao *stress* e contribuem para uma má qualidade de vida.

Segundo pesquisas realizadas por Calais (2003) e Tanganelli (2004), é considerado um grande estressor para a mulher atual a culpa que esta carrega por sentir que está deixando sua família em segundo plano para dedicar-se à sua vida profissional. Isto pode levá-la a sentimentos de baixa auto-estima, isolamento, pouco cuidado consigo mesma.

A mulher ou qualquer outro sujeito que tenta desempenhar suas tarefas sob um alto nível de *stress*, pode causar interferência negativa no resultado de suas atividades sociais, familiares e profissionais.

Não é possível eliminar as fontes estressoras, mas, sim, podemos aprender mecanismos para que estas sejam superadas. Daí é necessário que as mulheres tenham instruções sobre como lidar com suas limitações, adquirindo estratégias de enfrentamento para as demandas de seus papéis na sociedade e, conseqüentemente terem maiores conhecimentos de como cuidar de seu bem-estar físico e mental (GOUVEIA et al, 2006).

### **Estratégias de enfrentamento do *stress***

Levando-se em consideração os preocupantes sintomas que o *stress* provoca, é necessário que o sujeito acometido por um *stress* prolongado, adote maneiras que possam aliviar ou até mesmo eliminar os sintomas provocados por ele. E assim, seria possível evitar agravamentos nos problemas de saúde, melhores condições de relacionamentos e, conseqüentemente, uma qualidade de vida satisfatória.

Na literatura, o termo *coping* ou enfrentamento é utilizado para designar um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a situações adversas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

O termo *coping* não tem tradução para o Português, pois até o momento, não existem palavras equivalentes para definir este conceito (Ex.: “lidamento” ou “lidação”). Estratégias de *coping* são ações determinadas, conscientes que podem ser aprendidas com a intenção de lidar com o evento estressor (LISBOA et al, 2002).

É de extrema importância que as pessoas conheçam as estratégias de manejos de *stress*, objetivando uma vida mais produtiva em todos os âmbitos. São recursos que se dão através de alguns passos a serem seguidos: 1) a percepção do limite de habilidade do sujeito em lidar com o

*stress*; 2) capacidade de identificar as fontes estressoras; 3) adquirir estratégias psicológicas para suportar o excesso de tensão.

Com esses mecanismos o sujeito pode ser capaz de se fortalecer contra os efeitos negativos do *stress* e reconhecer em si mesmo os sinais de que seu limite está se aproximando (LIPP, 2001 a).

Segundo Lipp (2001 b), as estratégias de enfrentamento são principalmente aprendidas na infância, mas podem também ser adquiridas durante a história de vida do ser humano.

Ao perceber o evento estressor, o sujeito experimenta sensações emocionais desagradáveis e tenta adotar estratégias para amenizar o sofrimento. As estratégias de *coping*, sob o ponto de vista cognitivista de Folkman e Lazarus (1984) apud Savoia (2000), podem ser de dois tipos: o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado na emoção. Os dois tipos influenciam-se mutuamente em todas as situações estressantes. Isto é, ao buscar tratamento para resolver o problema do alcoolismo do marido, por exemplo, a mulher também, está buscando aliviar sua angústia, suas preocupações, etc. A forma pela qual um sujeito usa o *coping* está determinada, em grande medida, pelos recursos que ele próprio possui os quais incluem saúde e energia, crenças, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais.

Geralmente, as formas de *coping* centradas na emoção têm mais chances de ocorrer quando o sujeito avalia a situação estressora e conclui que nada pode ser feito para mudá-la. As formas de *coping* centradas no problema acontecem quando as situações são avaliadas com mais chances e facilidades de serem modificadas (SAVOIA, 2000).

Outra forma de falar sobre as estratégias de enfrentamento do *stress* é denominá-las como de curto prazo e de longo prazo (GOUVEIA et al, 2006). As de curto prazo têm o objetivo de reduzir a sensação de desconforto gerado pela tensão (seriam comparáveis às centradas na emoção); as de longo prazo: visam eliminar as causas do *stress* (centradas no problema).

Considerando que o processo de *coping* consiste em uma interação entre o sujeito e o seu ambiente, as estratégias utilizadas, por sua vez, variam de acordo com o contexto e situações que o sujeito presencia no momento (LISBOA et al, 2002). A tendência a escolher uma determinada estratégia de *coping* vai depender, primeiro: do repertório individual, pois muitas estratégias podem servir para uma mesma situação; segundo: das experiências reforçadas (SAVOIA, 2000).

As estratégias de curto prazo são muito úteis, pois ao se reduzirem os sintomas, fazem com que o sujeito sintá-se aliviado, e, assim, identifique o problema e tente eliminar a sua causa. As técnicas adotadas nesse tipo de estratégia são geralmente: respiração profunda, relaxamento mental e físico, cuidado na alimentação, entre outros.

As estratégias de longo prazo são aquelas que tentam resolver o problema. Seu foco é voltado para o desenvolvimento no sujeito de alguns comportamentos e atitudes, tais como: manter uma atitude positiva perante os fatos; reservar alguns momentos de reflexão para si mesmo e, não se prender a detalhes desnecessários.

Outro aspecto que diz respeito ao *coping* é em relação à eficácia das estratégias que os sujeitos utilizam. Qualquer tentativa de administrar um estressor é considerado *coping*, independente de se obter sucesso ou não. Desta forma, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como positiva ou negativa. Então, o que de fato vai importar é a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do seu esforço (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA,1998).

A literatura disponível sobre as estratégias de enfrentamento – *coping* –, ainda é reduzida, principalmente em relação aos instrumentos de avaliação construídos no Brasil.

### **Os principais sintomas de *stress* mencionados pelas mulheres**

Vale ressaltar neste tópico que as mulheres atingidas pelo *stress* apresentam sintomas diferenciados dos homens, devido a sua estrutura biológica, posições e imposições sociais (CALAIS, 2003).

A maior importância atribuída à mulher na sociedade, suas conquistas, tais como: exercer seu intelecto, tomar decisões e fazer escolhas vieram acompanhadas de diversas situações estressantes.

Para Lipp (2001 a), a maior dedicação ao trabalho, aos filhos, o condicionamento cultural e social, a sua fisiologia e as mudanças que ocorrem no decorrer da vida colaboram para que as mulheres possam ficar vulneráveis ao *stress* e seus sintomas.

Argumenta Calais (2003) que o *stress* prolongado pode tornar tanto o corpo como a mente, sobrecarregados. Isso pode resultar em sintomas físicos e/ou psicológicos. Os sintomas físicos podem se apresentar como: tonturas, dores de cabeça constantes, transpiração excessiva, tensão na região do pescoço, acelerações cardíacas, dores de estômago, diarreia ou prisão de ventre, irregularidades menstruais ou a falta dela, entre outros.

Dentre os sintomas psicológicos, é comum a mulher sentir irritação, tensão, ansiedade, tristeza, dificuldade de concentração, até mesmo adquirir hábitos inadequados como o cigarro e o consumo de álcool (CALAIS, 2003).

É importante ressaltar que o *stress* prolongado colabora para que a mulher desenvolva ou agrave uma doença, tais como: hipertensão, úlceras gastroduodenais e alguns distúrbios como a infertilidade, a ansiedade e a tensão pré-menstrual (LIPP, 2001 a). Tanto os sintomas físicos quanto os psicológicos podem se manifestar ao mesmo tempo em um sujeito.

Conforme discutido anteriormente, as mulheres têm um cotidiano, muitas vezes, diferenciado e com mais cobranças do que o homem. Imaginem uma situação em que a mulher, além de todas as cobranças já existentes em sua rotina, ainda seja instada a cuidar de um membro da família que se encontre doente, em especial se este membro é seu marido. E tratando-se de um alcoolista, não tenha condições de assumir suas responsabilidades em relação à família, o que acaba por recair sobre ela.

Levando-se em conta essa situação é que se considera de extrema importância pesquisas sobre o *stress* em esposas de alcoolistas e suas conseqüências sobre sua qualidade de vida. Espera-se que os resultados encontrados contribuam para trabalhos com essa população, ajudando-a a desenvolver mecanismos de enfrentamento do problema.

## ALCOOLISMO

### Breve História do Alcoolismo

A palavra álcool deriva do arábico *al-kuhul*, que significa essência, afirmam Seibel e Toscano Jr. (2001).

A produção e o consumo do álcool não são fatores recentes. Desde os tempos pré-bíblicos há tecnologia para sua fabricação. A Bíblia menciona em diversas ocasiões a cultura da uva e a do vinho, fazendo uma clara alusão à embriaguez do patriarca Noé. No Antigo testamento, ocorrem referências às bebidas com teor alcoólico, embora os excessos sejam condenados (SEIBEL E TOSCANO JR., 2001).

Até o século XVIII, a produção do álcool era exclusivamente artesanal. As bebidas eram fermentadas em forma de vinho. Nesse tempo, já havia descrições de sujeitos intoxicados pela bebida, porém não há registros de que essas reações fossem constantes (LARANJEIRA E PINSKY, 2001).

Com a Revolução Industrial Inglesa, as bebidas deixaram de ser produzidas de forma artesanal. A indústria impulsionou o fabrico de bebidas em maiores quantidades. Fora isso, o tipo de bebida fabricada foi transformado. Devido ao aprimoramento da tecnologia passou-se a produzir destilados na forma de gim e com teor alcoólico mais acentuado. Conseqüentemente, a sua produção aumentou, seu preço sofreu uma considerável diminuição e, desta forma, o acesso ao produto, por um grande número de pessoas, tornou-se mais fácil. Pode-se dizer que esses fatores modificaram o uso do álcool pela sociedade (LARANJEIRA E PINSKY, 2001).

Também se deve considerar que a população sofreu um grande aumento e passou a viver em centros urbanos e de grande concentração. As bebidas alcoólicas que antes só eram

consumidas em festas e refeições passaram a ser mais facilmente adquiridas. Como conseqüência, houve maior consumo de álcool, causando embriaguez. Porém, existem algumas teorias que comentam a possibilidade de o hábito de ingestão de álcool ter sido originado não apenas uma, mas diversas vezes na História, em diferentes regiões geográficas e em diferentes momentos do desenvolvimento agrícola. Também há referências de que o hábito de beber, na América do Sul, teria sido influência do grande desenvolvimento agrícola dos maias, nas Américas do Norte e Central (SEIBEL E TOSCANO JR., 2001).

Todas essas transformações ocorridas na produção e na comercialização do álcool contribuíram para que as pessoas passassem a consumi-lo com maior freqüência e intensidade. Desde então, os médicos começaram a perceber algumas complicações físicas e mentais em razão da ingestão de bebidas alcoólicas.

Segundo Seibel e Toscano Jr. (2001), “bebedeira e intemperança” foram as primeiras palavras utilizadas para qualificar a relação do álcool com o sujeito que se tornou dependente da bebida. Os primeiros enfoques sobre a dependência alcoólica deveram-se a Thomas Trotter (1761-1832) que considerava a intemperança como uma causa de loucura, também do aumento considerável da criminalidade e de diversas doenças.

Por muito tempo, acreditava-se que os alcoolistas eram fracos de caráter. Esta idéia ainda é comum, embora já tenhamos conhecimento de que isto não é verídico. O dependente era considerado como alguém que deveria ser internado, preso, à margem da sociedade e as famílias eram vistas como vítimas (BRASIL, 2004).

Em 1977, a OMS refere-se à “síndrome de dependência do álcool”, como sendo uma incapacidade relacionada à ingestão dessa bebida. Nessa síndrome há uma alteração no funcionamento mental, social ou físico do sujeito, de tal ordem que se pode concluir que o álcool é a causa determinante da incapacidade (SEIBEL E TOSCANO JR., 2001 p. 53).

Em 1978, na Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão (CID-9), a palavra alcoolismo é abolida e se introduz pela primeira vez uma diferenciação entre abuso de álcool sem dependência e síndrome de dependência do álcool (SEIBEL E TOSCANO JR., 2001).

Já em 1999, o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, 4ª Revisão, norte-americana) tentou definir os conceitos de gravidade e remissão, pois as definições dos manuais anteriores eram imprecisas (SEIBEL E TOSCANO JR., 2001).

### **Síndrome da Dependência do Álcool**

Segundo a OMS (1993) a síndrome de dependência pode ser definida como:

(...) um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que aquele que ocorre com indivíduos não dependentes (OMS, 1993, p. 74).

O conceito de síndrome designa um conjunto de sinais e sintomas. O alcoolismo acarreta em uma série de complicações físicas e psíquicas para o dependente. As físicas são: hepatite, hipertensão, derrame, ataxia (incoordenação motora), icterícia (coloração amarelada da pele), pneumonia, osteoporose, convulsões, psoríase, entre outros. Quanto às psíquicas, pode-se destacar: irritabilidade, excitabilidade, esquecimento, confusão, etc (EDWARDS, 1999; BERTOLOTE, 1997).

A síndrome de dependência do álcool é composta de alguns elementos importantes para a sua identificação: “estreitamento do repertório, saliência do beber, maior tolerância ao álcool, sintomas de abstinência, alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão,

percepção subjetiva da compulsão para beber e reinstalação após a abstinência” (EDWARDS, 1999 p. 42).

A dependência de álcool é uma realidade clínica importante e compreender suas implicações é de extrema relevância. No entanto, pode-se dizer que dependência significa uma alteração entre o sujeito e a sua forma de beber, é um tipo de comportamento em relação à bebida (EDWARDS, 1999).

O termo alcoolismo é geralmente empregado para designar um transtorno pelo uso crônico e excessivo de álcool como resultado de problemas psicológicos, interpessoais e médicos (KAPLAN E SADOCK, 1993). Há pessoas que fazem uso do álcool com frequência e intensidade variadas.

As características psicológicas de um indivíduo dependente de álcool podem ser vistas como uma consequência de sua característica genética e do meio ambiente em que ele vive e cresce. As teorias adotadas pela psicologia sobre o comportamento do beber são diversas, mas podem-se identificar três delas como principais. Inicialmente, existem as teorias psicodinâmicas que explicam o beber como sendo de natureza emocional, ou seja, o resultado de experiências e relacionamentos iniciais. Em seguida, as teorias cognitivas e comportamentais falam que o comportamento do beber é aprendido. Por último, sugeriu-se que certas personalidades são especialmente vulneráveis, talvez em virtude de uma disposição a usar o álcool para suportar o *stress*, a ansiedade, a depressão ou qualquer outro problema (EDWARDS, 1999).

No decorrer deste texto, percebeu-se o poder de destruturação física e mental que a dependência de álcool provoca no sujeito, porém estas graves consequências não se limitam ao usuário, mas estende-se às pessoas mais próximas, ou seja, à sua família.

### **Alcoolismo e a família**

Diversos estudos (PAYÁ E FIGLIE, 2004; WILSON, 1997) relacionados à dependência de álcool demonstram preocupações não somente com as influências negativas no usuário, mas também, como um fenômeno que afeta toda a família, relacionamentos e o contexto em que o alcoolista está inserido.

De acordo com as explicações do Grupo Familiares Alcoólicos Anônimos (Al-Anon), o alcoolismo é reconhecido como uma doença familiar, capaz de prejudicar a saúde emocional e física dos membros de uma família (KNIGHT, 1999). Gitlow (1999) acrescenta a essa teoria: como qualquer outra doença, o alcoolismo representa uma disfunção ou inadaptação às necessidades da vida cotidiana. E geralmente, intensos conflitos aos sujeitos com repercussão sobre todos os ambientes em que o bebedor possui vínculos.

Dedicar a atenção aos estudos dos familiares de alcoolistas significa deparar-se com sentimentos negativos, bem como questionamentos e sofrimentos. Pois, muitos deles não sabem como intervir, sentem-se perdidos e, por diversas vezes, se vêem na obrigação de cuidar do parente dependente de álcool.

Além dos prejuízos físicos e psíquicos que o alcoolismo provoca em todos os envolvidos, vale ressaltar os problemas que a relação conjugal sofre, em especial, aqueles que serão enfrentados pela esposa do alcoolista e que repercutirão sobre sua saúde física e psíquica, uma vez que é esta mulher quem, geralmente, lida de forma mais direta com o doente e, conseqüentemente, recebe os maiores impactos decorrentes da situação. De acordo com Edwards (1999), a cônjuge ao se deparar com o alcoolismo em sua família, vê a sua vida “desabar” e mergulhar em intensos sofrimentos. Daí pode-se considerar que o alcoolismo é uma condição de significativa implicação no funcionamento familiar.

Quando tratamos da relação do alcoolista com sua família, é importante refletir acerca de um fenômeno bastante freqüente e decorrente desta doença. Trata-se da co-dependência, fenômeno que se desenvolve no meio relacional em que o indivíduo está inserido (SCHAEF apud PAYÁ E FIGLIE, 2004).

A co-dependência é a necessidade que um sujeito tem de controlar coisas, pessoas, comportamentos, na expectativa de controlar suas próprias emoções. O co-dependente desenvolve a fantasia de que ele tem que suprir as necessidades do outro, esquecendo-se totalmente de si (O que é co-dependência?).

A co-dependência também pode ser definida como uma obsessão do familiar, geralmente o cônjuge, sobre o comportamento do dependente de álcool e o seu bem-estar, colocando-o ao mesmo tempo submisso e controlador do álcool como o eixo da organização familiar (BROWN, 1988 apud RAMOS E PIRES, 1997).

De acordo com estudiosos como Edwards (1999) e Fox (1956) apud Ramos e Pires (1997), a co-dependência não pode ser definida como uma regra universal. Edwards (1999) considera um erro avaliar a co-dependência como um mecanismo comum do casamento do alcoolista, como também interpretar todas as uniões com alcoolistas por este viés. Ele ressalta que na situação de alcoolismo do marido, a esposa precisa, inevitavelmente, escolher entre deixar o lar tornar-se um caos ou assumir e cuidar de tudo sozinha.

Já em 1956, Fox apud Ramos e Pires (1997), fazia referências acerca das responsabilidades que a mulher assume ao se deparar com a situação de alcoolismo em seu lar. Ele atentava para o fato de que as mulheres, através de seu “instinto maternal” podem fornecer cuidados aos maridos enfermos (p.209).

Embora a co-dependência tenha a sua existência comprovada dentre as esposas de alcoolistas, vale lembrar que este assunto não será o foco do presente trabalho. Devido aos

encargos sofridos pelos familiares de alcoolistas, incertezas e dúvidas em relação ao manejo com o doente, o enfoque, no presente estudo, as conseqüências que a cônjuge do dependente de álcool enfrenta mais precisamente o *stress* e as repercussões negativas em sua qualidade de vida.

Melman (2001) comenta que, geralmente, temos a noção de como agir em determinadas situações sociais do cotidiano, porém não são repassados à população manejos, alternativas de como lidar com certas doenças. Na maioria das vezes, o que nos é ensinado são as atitudes de rejeição e indiferença para com os doentes.

Então, em virtude das situações enfrentadas pelos familiares de alcoolistas, é de extrema importância um apoio aos componentes próximos do dependente em todo o percurso do tratamento, desde a maneira como se dá o diagnóstico à sua participação no decorrer do tratamento. Esse é um aspecto bastante mencionado por alguns autores, como Edwards (1999).

A família apresenta características e papéis diferentes em cada momento de nossas vidas e esta instituição sempre permanecerá com uma função básica, que é a de preservar a integridade física e emocional de seus membros (SOUZA, 1997).

Segundo Edwards (1999), a dependência da droga, geralmente vem como uma surpresa para toda a família e também para o alcoolista. Ao explicar-se o diagnóstico, este deve ser repassado com cuidado e sensibilidade, pois este é o momento em que pode “significar para a família uma maneira de reestruturar uma reação a uma situação que anteriormente despertava confusão, medo ou raiva” (p.54).

Ambos, tanto o alcoolista quanto as pessoas próximas, necessitam de muita ajuda. Os familiares que não recebem apoio algum vão se sentindo confusos. Acredita-se que cônjuges, filhos e pais são os que mais sofrem, pois as pessoas mais próximas são tão atingidas quanto o próprio doente. De acordo com Brasil (2004), a família pode passar a conviver com maiores situações de *stress* e apresentar sinais de danos físicos e psicológicos.

No caso deste estudo, delimitou-se o foco mais precisamente na figura da esposa do alcoolista. A mulher, ao se deparar com uma série de situações constrangedoras advindas do uso abusivo de álcool pelo marido, começa a compreender que existe algo além de “falta de força de vontade”; que ele não tem controle perante a bebida e que não se pode esperar que ele beba como os demais (EDWARDS, 1999 p. 60). Ao perceber o lar desajustado, convive com as ocorrências mais variadas.

Edwards (1999) admite algumas fases de estágios em relação às reações da esposa e da família decorrentes do alcoolismo do marido. No início, existe a dificuldade em reconhecer que a bebida é um problema; em seguida, as primeiras tentativas de prevenir e controlar o uso do álcool. É o momento em que a família entra no isolamento social. Aos poucos, a esposa começa a perceber que sua luta, suas estratégias não ocasionam resultados positivos e suas reservas começam a se esgotar. Ela pode temer por sua própria saúde e o sentimento de desesperança se instala. Os contatos afetivos e sexuais diminuem ou simplesmente não existem mais; o medo e a raiva se agrupam à vida da cônjuge. Nesse estágio, a mulher sente a necessidade de adotar alguma atitude. Então, tenta convencer o esposo a procurar apoio. Se não há melhora, o casamento acaba ou continua, utilizando-se de uma série de estratégias, o que pode ser nomeado de “subterfúgios” (p.61).

Vale ressaltar que essas fases não têm obrigação de seguir a ordem em referência; podem ocorrer de formas alternadas. Ainda assim, é necessário avaliar o “estilo de lidar” que a esposa emprega em cada estágio. Um dos estilos citados anteriormente é o “subterfúgio” ou “afastamento” do esposo. Outro estilo é o “ataque”, em que a esposa tenta obter controle sobre o comportamento do marido, usando-se da censura, ameaças ou agressões físicas. Na “manipulação”, a cônjuge demonstra diversos comportamentos: envergonhar o bebedor, enfatizar o seu sofrimento e dos filhos e até mesmo embriagar-se propositalmente. O “mimo” é a atitude da

esposa cuidar do alcoolista durante as ressacas ou até mesmo sóbrio. Outro estilo empregado pela esposa é o “manejo construtivo”, em que ela mantém a família protegida, garantindo o seu sustento. A “busca de ajuda construtiva” caracteriza-se pelo comportamento de buscar apoio médico para o marido, informar-se sobre a doença (EDWARDS, 1999 p. 61).

Esses estilos de enfrentamento podem variar de acordo com a história de vida da esposa e o comportamento do marido diante do problema.

Todas essas atitudes decorrentes do alcoolismo podem levar a um quadro de desgastes de ordem emocional e física para toda a família e, em especial, para a esposa. As cônjuges que não recebem a atenção devida, durante o tratamento do esposo, podem dificultar a recuperação e a conquista da estabilidade familiar e pessoal.

## QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um tema que tem sido alvo de muitas discussões, nos últimos tempos. Atualmente, freqüentes acontecimentos do nosso cotidiano, o modo de viver conturbado, as mudanças de valores familiares, sociais, entre outros fatores, têm afetado nossa qualidade de vida e, por isso mesmo, nos levado a dedicar mais atenção e cuidados a ela.

Segundo Vicentin (2004), o que se entende por qualidade de vida vem acompanhando o desenvolvimento da humanidade, suas diferenças culturais, suas crenças e as suas prioridades. Porém, existe a concordância que a qualidade de vida não deve se restringir apenas à presença ou à ausência de doenças e sim considerar a amplitude deste conceito.

Segundo a OMS, este termo “é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al, 2000).

O termo qualidade de vida surgiu, pela primeira vez, na literatura médica, na década de 30. Já na década de 70, Campbell trouxe uma breve nomeação a respeito das controvérsias que uma conceituação sobre o termo carrega: “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (CAMPBELL, apud SEIDL E ZANNON, 2004).

Na década de 80, percebe-se que o significado de qualidade de vida envolve dimensões diferenciadas acompanhadas de estudos empíricos para poder obter uma melhor compreensão sobre este fenômeno.

Nos anos 90, os estudiosos chegam a um consenso e passam a considerar duas dimensões, como importantes, na conceituação do que é a qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade.

Segundo Seidl e Zannon (2004), no que diz respeito à subjetividade, consideram-se a percepção do próprio sujeito sobre o seu estado de saúde e sobre os demais aspectos não-médicos de sua vida, ou seja, é uma avaliação particular acerca de sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Sobre esta Minayo, Hartz e Buss (2000) complementam que o seu aspecto subjetivo diz respeito à percepção do sujeito em relação ao valor dos componentes materiais reconhecidos como base social de uma vida com condições satisfatórias.

Quanto à multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento de que a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões. Estas podem ser avaliadas, usando-se metodologias qualitativas e quantitativas (SEIDL E ZANNON, 2004).

As qualitativas tomam a qualidade de vida como algo mais genérico. Para Vincentin (2004), esta dimensão por ser mais abrangente, requer outras variáveis que tornam difícil a estimativa da sua extensão. Enquanto isto, a quantitativa está relacionada aos aspectos médicos e seus avanços na ciência e tecnologia. Tais aspectos são demonstrados através da média de expectativas de vida, taxas de mortalidade e morbidade.

Segundo Vincentin (2004), apesar de não existir uma opinião definitiva sobre ‘qualidade de vida’, de forma geral, esta, por sua vez, pode se referir a uma “sensação de bem-estar” (p. 170, 2004). Razão por que Lipp e Tanganelli (2002) considera que para haver boa qualidade de vida, o sujeito necessita obter desempenho satisfatório, ou seja, sucesso nos quadrantes de vida: o social, o afetivo, a saúde e o profissional. Não é suficiente ter sucesso em apenas uma área. É de extrema importância que o sujeito mantenha um equilíbrio em todas as áreas de sua vida.

Pesquisas constataam que inúmeras pessoas com um alto poder aquisitivo não se apresentam satisfeitos em outras áreas de suas vidas, o que confirma que o sujeito necessita encontrar harmonia em seus aspectos fundamentais da vida (VINCENTIN, 2004).

### **A influência negativa do *stress* na Qualidade de Vida**

A cada dia as bibliografias relacionam o *stress* e a qualidade de vida, tomando por base que a qualidade de vida de um sujeito é influenciada negativamente pelo seu nível de *stress*. Segundo Lipp (1996), as doenças físicas e mentais, a pobreza, perdas de qualquer natureza, dificuldades interpessoais, afetivas e o *stress* são fatores que trazem danos à qualidade de vida de um sujeito. Os efeitos do *stress* em excesso e de forma continuada não traz comprometimentos somente para a saúde do sujeito, mas pode ocasionar consideráveis danos para a qualidade de vida e a produtividade do ser humano (LIPP E TANGANELLI, 2002).

De acordo com Urbano (2004), é fato notório que doenças graves em algum membro da família estressa e altera negativamente a qualidade de vida de seus entes mais próximos.

Então, por ser um aspecto que move preocupações nos seres humanos, em conjunto com as constantes buscas de bem-estar, a qualidade de vida é tema dos mais variados tipos de pesquisas e em diversos campos de atuação, como o meio empresarial, familiar, de gênero e mesmo da saúde (LIPP E TANGANELLI, 2002; URBANO, 2004).

Em um estudo sobre a qualidade de vida dos transplantados renais demonstrou-se o quanto à qualidade de vida destes pacientes é influenciada à medida que a insuficiência renal progride e o paciente passa a enfrentar sintomas que causam interferência nas atividades cotidianas (BITTENCOURT, 2004).

Urbano (2004) realizou uma pesquisa sobre *stress* e qualidade de vida em pais de crianças com leucemia. Neste estudo, a qualidade de vida no que concerne ao quadrante da saúde foi o mais prejudicado. Isto demonstra, talvez, o quanto os pais se dedicam inteiramente para a saúde de seu filho doente, esquecendo-se deles próprios.

Em trabalho realizado com pais de dependentes de cocaína e crack, a qualidade de vida dos progenitores pesquisados mostrou-se bastante comprometida, pois nenhum deles apresentou sucesso em todas as áreas e todos apresentaram fracasso na área da saúde (VINCENTIN, 2004).

Os estudos acerca da família de dependentes químicos, incluindo o alcoolismo, são muito escassos (FIGLIE et al, 2002). Realizar estudos acerca dos familiares do dependente é de suma importância. Uma vez que, a dependência química e, em especial o alcoolismo, é uma doença que atinge todos os componentes da família.

Dadas as dificuldades que a família de um dependente de álcool enfrenta, em especial a cônjuge, pretende-se realizar um estudo acerca do *stress* e qualidade de vida em esposas de alcoolistas. Também levar em consideração os estressores do cotidiano do casamento com um alcoólico, e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas.

## **A PRÁTICA DO CUIDAR FEMININO COMO UMA QUESTÃO CULTURAL**

No decorrer da história da humanidade, o exercício do cuidado para com o outro, via de regra, foi considerado como função da mulher. Segundo Rocha-Coutinho (1994), à mulher, culturalmente, é concedida uma maior permissão e, até mesmo, um maior incentivo para experimentar a compaixão e expressar os sentimentos. Tradicionalmente são atribuídos a ela os papéis desempenhados na vida privada, estéticos e afetivos (LIPOVETSKY, 2000).

Rousseau apud Lipovetsky (2000), já mencionava que a educação das mulheres era direcionada para o bem-estar e o serviço do homem. Elas deviam agradar, mostrar que são úteis, honrá-los, serem dóceis, educá-los quando crianças e cuidar deles quando adultos. Ou seja, às mulheres, tradicionalmente, foi atribuído um papel baseado na dedicação ao outro, sua característica é existir para o outro (ROUSSEAU apud LIPOVETSKY, 2000).

Silva (1998) diz que são funções da mulher: cuidar da família e ser companheira. Segundo Lipovetsky (2000), em todas as sociedades que se tem conhecimento, os cuidados com os filhos e as atividades domésticas cabem às mulheres, a quem se atribuem tarefas relacionadas ao lar. Enquanto que os homens se destacam em funções do mundo público, com atitudes de maior reserva e mais moderação nas emoções em relação às mulheres.

Embora fosse reservado à mulher o espaço privado do lar e enfatizado o seu dever para com o marido e os filhos, isso não significa que ela fosse ociosa, ao contrário, a mulher sempre trabalhou. “Nas sociedades pré-industriais, todos os membros da família se entregam a tarefas produtivas, ainda que diferenciadas segundo a idade e o sexo” (LIPOVETSKY, 2000, p. 204). Cabe às moças solteiras o trabalho na casa paterna ou em outras famílias, como domésticas, criadas de exploração agrícola ou aprendizes. Já as casadas se dedicam a explorações agrícolas, cuidam dos animais e da horta, vendem os produtos, e até mesmo semeiam, colhem, conduzem a

parelha, O esperado de uma mulher era que ela contribuísse para o bom funcionamento da família, ajudando o marido nos afazeres que melhoravam a economia familiar. Porém, ela era uma ajudante do esposo e a ele subordinada.

Apesar da sagração da mulher no lar ser uma construção histórica que antecede a modernidade, a partir do século XIX, com a industrialização, algumas mudanças começaram a acontecer. Uma delas é que o trabalho feminino assalariado vai ser incrementado. Mas é preciso salientar que, neste período, exercer uma atividade remunerada se restringe a uma determinada classe social, a da mulher operária. Para a burguesia, o trabalho assalariado feminino é execrado e considerado sinal de pobreza. Simultaneamente, há todo um discurso social que prega os seus malefícios e que instigam o retorno da mulher ao lar, em prol do bom andamento da família, principalmente dos filhos. O trabalho feminino continua a ser visto como incompatível com a maternidade e com os cuidados da casa, do marido e dos filhos. Uma mulher só deve trabalhar em caso de extrema necessidade, isto é, quando o marido não conseguir prover o lar; quando viúva ou abandonada por ele (LIPOVETSKY, 2000).

Até esse momento, as mulheres, de um modo geral, eram educadas no sentido de se orientarem para o casamento e não pensar nem agir para si mesmas. Tudo na mulher era elaborado para que se tornasse mãe, dona-de-casa e servir ao seu cônjuge (ROCHA-COUTINHO, 2001). Ou seja, as mulheres eram moldadas, sobretudo para se tornarem desejáveis como esposas (BIASOLI-ALVES, 2000).

As famílias burguesas, ao reforçarem a importância do amor da mulher à família, os cuidados para com seus maridos e filhos redefinem o papel feminino e, ao mesmo tempo, impõem à mulher novas atividades relacionadas ao espaço doméstico, do lar. Essas imposições visavam “educar” a mulher para o exercício de sua função de guardiã do lar e da família.

Considerada a “base moral da sociedade”, a mulher deveria zelar pela castidade de suas filhas, compor uma descendência saudável e cuidar da educação da sua prole (D’INCAO, 2001).

O culto à mulher dona-de-casa vai se dar, portanto, simultaneamente, e em contradição, com a luta das mulheres para saírem do recôndito dos seus lares. Durante o século XX vão ocorrer enormes mudanças na condição das mulheres (LIPOVETSKY, 2000). Este século registra a passagem das mulheres de uma condição quase exclusivamente dedicada ao mundo privado, reclusas e excluídas, em especial no que diz respeito às mulheres da burguesia, para uma maior atividade e participação na sociedade (CARDOSO, 1999). Apesar disso, a valorização da mulher relacionada ao mundo privado, continua.

Segundo Lipovetsky (2000) as ideologias modernas se recusam a considerar a mulher como um ser independente, “vivendo para e por si mesmo” (p.23) e, desta forma, colaboram para relacionar a identidade feminina e a vocação para o amor.

Cobra (2003) ratifica o que diz Lipovetsky. Segundo ele, esta posição de cuidadora do lar era aceita pela sociedade como um “consenso natural”, ou seja, permanecia a seu comando o exercício de zelar por seus entes próximos, o sentimento natural de proteção, amor aos seus filhos e às atividades domésticas.

Gonçalves e Sena (2001) dizem que o cuidado não institucionalizado é uma prática milenarmente assumida por mulheres. Ou seja, o seu domínio era restrito à ocupação e aos cuidados do seu marido, dos filhos, de seus pais e dos idosos (BIASOLI-ALVES, 2000).

Para Rocha-Coutinho (1994), a mulher por ser considerada a principal responsável pelo que ocorre na família, seja nos aspectos positivos ou negativos, termina por receber os méritos ou as culpas de acordo com o sucesso ou o fracasso em seu lar, pois o futuro das famílias e da sociedade dependia de sua função de educadora e cuidadora. Esse papel de subordinação é

naturalizado, atribuindo a ela características nomeadas como identidades exclusivamente femininas, como a abnegação, a dedicação, docilidade entre outras.

Até meados do século XX, pode-se observar que, com raras exceções, a mulher dá preferência a sua vida doméstica, mesmo tendo estudos, inclusive diplomas universitários e emprego, deixando todas essas conquistas quando se casam ou têm filhos. Essa atitude de renúncia por parte da mulher é valorizada, sendo o seu dever a dedicação aos seus entes (BIASOLI-ALVES, 2000). O modelo da família tinha como uma das suas características mais marcantes a naturalização da divisão de sexo no trabalho, trazendo uma forte distinção de papéis entre o homem como provedor e a mulher com a função de cuidadora.

Na modernidade, foi atribuída às mulheres casadas uma nova função: ela agora deveria colaborar para o “projeto familiar de mobilidade social” através de seu comportamento perante a sociedade e em sua vida cotidiana, demonstrando exemplos positivos de esposas modelo e boas mães. Nesta época, a cada dia se reforçava a idéia de que ser mulher é, necessariamente, ser uma mãe dedicada e atenciosa. Daí a importância da atenção prestada pela mãe na primeira educação dos seus filhos ganhou mais força neste período, valorizando os cuidados prestados por elas (D’INCAO, 2001). A mulher, então, passa a ser a personagem principal do exercício do cuidado.

Se, inicialmente, esses eram valores da burguesia, isso rapidamente é estendido a toda a sociedade, enquanto um ideal, enquanto valor. Em todas as classes sociais, o sucesso da família passa a ser, também, de responsabilidade das mulheres. Estas tinham um significado de “capital simbólico importante” (D’INCAO, 2001, p. 229), ou seja, os homens dependiam da imagem que suas esposas transmitiam para o meio social ainda que a autoridade estivesse relacionada exclusivamente ao masculino, representada pelo pai ou o esposo.

O tipo de comportamento que a mulher deveria ter era determinado a partir do momento de seu nascimento. O mesmo tipo de conduta era reforçado nas escolas e demais ambientes

sociais. Desde a infância, as meninas recebiam educação direcionada para o aprendizado de serem boas mães e dedicarem mais cuidados relacionados à família.

Quintas (2000) considera que, na sociedade atual, ainda é evidente que os cuidados com a casa e com os filhos são funções exclusivas das mulheres. Neste sentido, atribui-se como destino único desta figura os cuidados de sua família e do lar. As tarefas direcionadas a elas são vistas, pelo senso comum, como femininas. Em função desse papel, a mulher configura-se como cuidadora, ou seja, esta ocupação é vista como fazendo parte da suposta natureza feminina e não como algo que lhe foi imposto, aprendido socialmente. Chodorow (1990) confirma o que diz Quintas ao relatar que as mulheres reproduzem tais padrões por serem induzidas pelo meio social.

Como consequência da internalização pelas mulheres desses estereótipos sociais, até os dias atuais, muitas delas, mesmo ativas profissionalmente, sentem-se na obrigação de cumprir uma tripla jornada de trabalho, se responsabilizando sozinhas pelas tarefas domésticas, pelo esposo e pelos filhos.

Rocha-Coutinho (1994) afirma que a maior participação da mulher no mercado de trabalho não minimizou a sua participação na conservação do lar, educação dos filhos, cuidados com os idosos e membros doentes da família. Ou seja, foi transmitido a elas que sua função primordial é proporcionar assistência ao seu lar.

Em relação aos cuidados prestados pelas mulheres aos seus maridos, este ato é introduzido no seu papel de “mulher casada”, devido ao acordo selado no momento do casamento, com o compromisso ético e religioso que estão interligados com as responsabilidades e obrigações enquanto casal (SILVA, 1998).

### **A mulher cuidadora do esposo alcoolista**

Para melhor compreendermos o cuidado da mulher para com o cônjuge doente é necessário buscar o significado desta palavra.

Segundo Boff (2004), o ser humano é um ser de cuidado, ou seja, sua essência se encontra no cuidar. Este cuidado inclui preocupação, inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Amora (1997) afirma que cuidar é refletir, pensar, interessar-se por, preocupar-se com; já Ribeiro (2001) diz que tal expressão refere-se à “assistência”, sendo esta a essência da palavra cuidado, vinculada à idéia de cura, prevenção ou de promoção da saúde. Boff (2004) acrescenta ainda que cuidar é mais que um ato; é uma atitude. O cuidado, por sua vez, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado somente é atribuído ao outro quando este outro tem importância para o sujeito. Então, este sujeito passa a dedicar-se a ele, participar das suas buscas, dos seus sofrimentos e dos sucessos, ou seja, de sua vida.

Em relação ao alcoolismo presente em uma família, as conseqüências dos cuidados prestados e as responsabilidades que a mulher do alcoolista assume é um aspecto de grande relevância, especificamente por causa da sobrecarga que recai sobre ela. Segundo Edwards (1999), esta sobrecarga pode trazer para a esposa problemas emocionais com os quais terá que aprender a lidar, como ansiedade, medos, tristezas, entre outros. Muitas vezes, são observados questionamentos por parte das mulheres, como: dúvidas sobre si mesma ou a auto-acusação, se o problema surgiu por sua culpa, se falhou como esposa. Inicia-se então, um processo de autodesvalorização e esgotamento.

As conseqüências derivadas do alcoolismo revelam dificuldades de ordem emocional, social, decorrentes dos isolamentos, problemas de relacionamentos como, também, dos fatores econômicos. Portanto, para designar um tratamento para o alcoolista, não devemos nos esquecer de que este procedimento deve seguir em conjunto com a família, principalmente com a esposa, pois esta é o membro que possivelmente tem mais interação com o dependente de álcool.

A ajuda e o cuidado da companheira para o controle da doença podem auxiliar o alcoolista a decidir pelo processo de reabilitação e, conseqüentemente, seguir as prescrições dos profissionais da saúde. Desse modo, nossa preocupação, neste trabalho, é oferecer subsídios que possibilitem uma atenção especial a essas mulheres, uma vez que elas são peças indispensáveis no tratamento de seus maridos.

Reconhecendo a participação e sofrimento da esposa do dependente alcoólico durante o tratamento, pensamos em elaborar um estudo acerca do *stress* e da qualidade de vida da cõnjuge, para que, desta forma, possamos contribuir para a aquisição de conhecimentos na área e buscar uma forma de intervenção para o controle do *stress*, melhorando a qualidade de vida desta parcela da sociedade. Assim, a mulher poderá adquirir mais confiança, saúde física, psicológica e tranqüilidade no manejo com o doente.

## MÉTODO

### Participantes

Foram avaliadas trinta e uma esposas de alcoolistas, cujos cônjuges estavam iniciando tratamento ambulatorial numa clínica psiquiátrica na cidade de Garanhuns. Para a escolha da amostra, não foram levadas em consideração a idade, a profissão nem a religião. No entanto, foi controlado o tempo de convivência conjugal, isto é, foi exigido para compor a amostra um mínimo de três anos de convívio. Essa exigência se baseou nos estudos de Lipp (2002) que constatou que a exposição prolongada a fatores estressores pode interferir na vida do indivíduo, ou seja, no caso do presente estudo, quanto mais tempo a mulher convive com a doença do marido, provavelmente, mais elevado será o seu índice de *stress*.

Para a exposição da caracterização da amostra, construiu-se um quadro (Quadro 01 - Vide anexo 5) a fim de conhecer melhor o perfil das participantes. Neste quadro, estão descritos os aspectos mais relevantes dessas mulheres, tais como: idade, escolaridade, quantidade de filhos, antecedentes de alcoolismo em suas famílias, tempo de casamento, comportamento do esposo antes e depois do casamento.

Deste modo, participaram desta pesquisa trinta e uma esposas de alcoolistas. Em relação à idade, a mínima foi de 20 anos e a máxima 67 anos; e a maioria (38,7%) delas estava entre 41 – 50 anos. Em relação à escolaridade, 45,1% delas tinham 1º grau incompleto; 22,5% com 1º grau completo e, com o mesmo resultado, encontramos esposas com o 2º grau completo; 6,45% com 2º grau incompleto e apenas 3,22% com curso superior. Quanto a filhos, todas os têm, sendo que

a maior parte com três filhos (35,4%); 22,8% com dois filhos; 22,5% mais de três filhos e 16,1% com um filho.

Em relação ao tempo de casamento, 48,3% tinham até o momento, de 21 a 30 anos de casadas; 29,0% de 3 a 10 anos; 19,3% de 11 a 20 anos e 3,22% de 31 a 40 anos de relacionamento com um alcoolista.

Sobre os antecedentes de alcoolismo em suas famílias, 83,8% das esposas afirmaram possuir algum parente próximo com problemas relacionados ao alcoolismo e 16,1% negaram este fator.

Foi também questionado a respeito do comportamento do cônjuge em relação ao consumo de bebidas alcoólicas antes do casamento. Sobre este fator, 77,4% das mulheres responderam que seus maridos bebiam esporadicamente (comemorações) e 22,5% revelaram que não faziam uso de bebidas alcoólicas de forma alguma.

Sobre o comportamento de seus companheiros em relação à utilização de bebidas alcoólicas após o casamento, 100% das esposas afirmaram que os maridos aumentaram o consumo.

### **Instrumentos**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1)

Este instrumento foi elaborado de acordo com as normas do Conselho Federal de Psicologia de 2000 e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho de Saúde, com a Declaração de Helsinque e com o Código de Nuremberg para pesquisa com seres humanos.

\* Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 2)

Para avaliar o *stress* das esposas utilizamos o ISSL. Trata-se de um instrumento elaborado e padronizado por Lipp (2000 a), cujo objetivo é verificar se o sujeito tem realmente *stress*, a fase em que se encontra e que sintomas está apresentando, seja físico ou psicológico. Este instrumento segue o modelo quadrifásico do *stress*, proposto por Marilda Lipp (2000 a) que introduz a fase de quase-exaustão na sua avaliação.

\* Inventário de Qualidade de Vida (Lipp e Rocha, 1994) (Anexo 3)

Este instrumento tem o objetivo de avaliar como o sujeito encontra-se nos quadrantes de sua vida: social, afetiva, profissional e saúde. Através dele pode-se verificar se o sujeito apresenta sucesso ou fracasso em determinada área da vida, de acordo com o número de respostas obtidas em cada quadrante descrito no Inventário. Pode-se considerar que o sujeito tem uma boa qualidade de vida se apresentar sucesso nas quatro áreas mencionadas.

O Inventário de Qualidade de Vida ainda não foi validado, porém vem sendo utilizado com frequência em diversas pesquisas e com desempenhos satisfatórios, como o de Vincentin (2004), Urbano (2004), entre outros.

\* Entrevista Semi-Estruturada (Anexo 4)

Pode-se dizer que a entrevista é um encontro de duas pessoas, a fim de que se obtenha informações a respeito de determinado assunto (MARCONI E LAKATOS, 2002). No caso do desse trabalho, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, que consiste em uma conversação que

pode ser composta por perguntas abertas, proporcionando uma maior liberdade ao informante (ANDRADE, 2003).

Essas entrevistas semi-estruturadas foram submetidas à Análise de Conteúdo a fim de obter dados que atendessem aos objetivos que os demais instrumentos (IQV - ISSL) não conseguiam atingir. (MINAYO, 1999).

Elaborou-se a entrevista com as participantes com o objetivo principal de colher dados sobre as fontes de *stress* e as estratégias de enfrentamento que elas utilizam. Do mesmo modo, pretendeu-se obter maiores informações sobre a rotina de vida das mulheres e o seu posicionamento diante da doença do cônjuge.

### Material

Foi utilizado para a realização de coleta de dados um gravador de voz e 16 fitas cassete (60 minutos cada). Após o término das entrevistas, estas foram transcritas literalmente.

### **Local**

Todos os instrumentos foram aplicados na Clínica do Sol – Casa de Repouso, situada em Garanhuns, cidade do interior de Pernambuco. É importante ressaltar que os alcoolistas estavam iniciando tratamento ambulatorial na referida clínica acompanhados de suas esposas e, na ocasião, estas foram convidadas a participar da pesquisa.

## **Procedimento**

Para a realização da presente pesquisa, em novembro de 2005 foi contactado o diretor da Clínica do Sol – Casa de Repouso. Nessa ocasião, explicou-se o objetivo do estudo e a sua importância para as mulheres que convivem com alcoolista. Foi ressaltada a sua livre escolha nessa participação e, em seguida, solicitou-se permissão para a realização da pesquisa.

À medida que os pacientes alcoolistas compareciam às consultas com suas esposas, eram esclarecidos os objetivos da pesquisa e, em seguida, o convite para participar. Os encontros foram na própria clínica, em um local apropriado, onde as esposas eram recebidas individualmente e novamente explanavam-se as finalidades e os benefícios que a pesquisa poderia proporcionar, assim como esclarecimentos das dúvidas que poderiam surgir durante o estudo. Após essas explicações e a apresentação dos instrumentos a serem utilizados, pediu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nessa ocasião, informou-se sobre a gravação das entrevistas em fita cassete e que poderiam desistir da participação no momento em que assim o desejassem, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo.

Também foi parte integrante da pesquisa oferecer um retorno a todas as participantes e um atendimento psicológico breve àquelas que se mostraram necessitadas ou que solicitaram algum outro encontro.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de dezembro e janeiro para que pudesse ser atingido o número solicitado de participantes.

### **Método de Análise dos Resultados**

Para analisarmos a prevalência de *stress* e a qualidade de vida das participantes, foram utilizados o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e o Inventário de Qualidade de Vida (IQV). O conhecimento dos níveis de *stress*, seus sintomas, bem como a incidência de fracasso nos quadrantes da vida foram as bases para a compreensão dos aspectos relacionados às fontes estressoras e às estratégias de enfrentamento. Estressores e mecanismos de enfrentamento foram evidenciados através das entrevistas. Desta forma, optou-se por fornecer a quantificação desses resultados, a fim de estabelecer um melhor entendimento posterior.

Para o tratamento das entrevistas, utilizou-se da Análise de Conteúdo. Este tipo de análise é a técnica mais difundida para investigar o conteúdo das comunicações de massas, através de uma classificação em categorias, dos elementos da comunicação. Nela, o conteúdo da entrevista é analisado por meio de categorias sistemáticas determinadas a partir do conteúdo das próprias entrevistas, que levam a resultados quantitativos (ANDER-EGG apud MARCONI E LAKATOS, 2002).

Categoria é a classe, o grupo ou o tipo em uma série classificada que, por sua vez, é exclusiva e inclui um leque de respostas que podem evitar possíveis equívocos. O que caracteriza cada categoria são os tipos de respostas que estão relacionadas à presente pergunta da entrevista (MARCONI E LAKATOS, 2002). Através da Análise de Conteúdo identificou-se, nesta pesquisa, aspectos relacionados às fontes de *stress* externas e internas mais frequentes, bem como as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas esposas de alcoolistas. Para isso, foram necessárias várias leituras das entrevistas, identificando-se aspectos (ou relatos) mais relevantes para a realização dos objetivos.

A partir dessa análise foi realizada uma categorização através dos dados presentes nas entrevistas.

Abaixo estão descritas as categorias formuladas, suas explicações e as questões levantadas pela entrevista nas quais foram obtidas as respostas que originaram tais categorias.

### **Fontes Externas**

Cat. 01 - Relatos indicativos da responsabilidade da mulher: refere-se que fica a cargo das mulheres as demais responsabilidades do lar.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas na questão 11 da entrevista: Quem é responsável pelos demais aspectos do lar?

Cat. 02 - Relatos indicativos de não-apoio: refere-se aos relatos que lidam sozinhas com o marido quando alcoolizado.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 16 da entrevista: Tem alguma ajuda no manejo com o seu esposo?

Cat. 03 - Relatos indicativos de agressões verbais: refere-se às verbalizações afirmativas de xingamentos por parte do marido.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas na questão 15 da entrevista: Já sofreu algum tipo de agressão do seu esposo?

### **Fontes Internas**

Cat. 04 - Relatos indicativos da não percepção da existência de outro tratamento: refere-se à percepção de que não conseguem enxergar outras formas de apoio para a recuperação de seu esposo.

\* Esta categoria foi elaborada a partir das respostas obtidas a partir da questão 9 da entrevista: Percebe outras alternativas para ajudar na recuperação do seu esposo?

Cat. 05 - Relatos indicativos de raiva: refere-se às verbalizações que exprimem raiva ao perceber que o esposo utilizou bebida alcoólica.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas na questão 13: O que você sente ao perceber que seu esposo está alcoolizado?

Cat. 06 - Relatos indicativos de inquietação com os filhos: refere-se às verbalizações de maiores preocupações e dificuldades com os filhos e demais aspectos relacionados a estes.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas na questão 17: Quais as suas maiores preocupações e dificuldades em relação a este contexto de alcoolismo do seu esposo?

Cat. 07 – Relatos indicativos de tensão e preocupação: refere-se às verbalizações que exprimem tensão ou preocupação ao perceber que o esposo está fora de casa.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas com a questão 12: Qual o seu sentimento quando o esposo está fora de casa?

### **Estratégias de Enfrentamento**

Cat. 08 - Relatos indicativos de reconhecimento da necessidade de algum tipo de ajuda: refere-se aos relatos que indicam que as esposas sentem necessidade de algum tratamento.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas da questão 14: Sente necessidade de procurar algum tipo de apoio para você?

Categ. 09 - Relatos indicativos da tentativa de buscar algum tratamento: refere-se às verbalizações que indicam que a esposa já tentou conhecer ou buscar algum tipo de tratamento para o caso.

\* Esta categoria foi formulada a partir das respostas obtidas na questão 5 da entrevista: Tenta incentivar o seu esposo na procura por algum tipo de tratamento?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho, investigamos a incidência, o nível e os sintomas de *stress* apresentados pelas participantes, além dos aspectos que se referem à qualidade de vida que inclui os quadrantes: o social, o afetivo, o profissional e o da saúde. Também pesquisamos acerca das fontes internas e externas de *stress*, assim como suas estratégias de enfrentamento.

Iniciaremos nossa discussão, apresentando os dados referentes à incidência de *stress* nessas mulheres. Os resultados apresentados foram obtidos através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). A Tabela 01 demonstra a fase de *stress* em que as participantes se encontram, bem como a prevalência de sintomas físicos e/ou psicológicos. São dados importantes para entendermos como o *stress* se manifesta nessas mulheres e que respostas elas fornecem frente à situação estressora. Dessa forma, podemos obter fundamentos para subsidiar uma intervenção ou tratamento no manejo de *stress* de forma mais eficaz nessa população.

Esposas	Fase alerta	Fase resistência	Fase quase-exaustão	Fase exaustão	Sint. físicos	Sint. psicológicos	Sint. fis e psic.
1		x			x		
2		x				x	
3				X		x	
4	x				x		
5		x				x	
6	x					x	
7				X	x		
8		x				x	
9		x				x	
10			x			x	
11		x			x		
12							
13			x			x	
14		x			x		
15		x			x		
16		x				x	
17		x				x	
18		x				x	
19		x				x	
20		x				x	
21				X		x	
22							
23		x				x	
24				X		x	
25		x				x	
26		x				x	
27		x				x	
28		x					x
29		x				x	
30		x				x	
31		x				x	

Tabela 01: Fases de stress e sintomas. Coletado em dezembro 2005/ janeiro 2006.

Ao observarmos a Tabela 01, podemos verificar que 93,54% das esposas de alcoolistas apresentam *stress*. Para analisarmos o nível de significância em relação à ocorrência de *stress*, utilizamos o Teste Estatístico Qui-Quadrado, o que demonstrou que a ocorrência de *stress* na amostra pesquisada é significativa ao nível de 1%. A maioria (67,7%) se encontra na fase de resistência; 12,9% na fase de exaustão e nas fases de alerta e de quase-exaustão, encontramos o mesmo percentual, 6,45% da amostra.

De acordo com os estudos de Lipp (2003), o modelo de fases do *stress* é quadrifásico, ou seja, a sua teoria divide o *stress* em quatro fases. A primeira, a fase de alerta, faz com que o sujeito inicie uma produção de força e energia, como um processo “auto-regulatório”, ao perceber alguma ameaça. A fase seguinte, a de resistência, surge quando o estressor permanece e faz com que o indivíduo inicie uma busca pelo seu reequilíbrio. Ocorrem maiores gastos de energia, com desgaste generalizado sem causa aparente, dificuldades com a memória e uma maior susceptibilidade do organismo, às bactérias e vírus. A terceira fase, de quase-exaustão, caracteriza-se por um enfraquecimento do sujeito que não está mais conseguindo se adaptar ou resistir ao *stress* e as doenças podem aparecer. A quarta e última fase, a de exaustão, ocorre quando há uma quebra total das resistências e o sujeito pode apresentar exaustão psicológica e física, doenças graves começam a surgir, como úlceras gastroduodenais, pressão alta, psoríase, vitiligo (LIPP, 2000 a). Nesta fase, também pode ocorrer a morte do sujeito (LIPP, 2004). Na nossa pesquisa, a fase de resistência foi predominante entre as participantes. Isto indica que o nível de *stress* apresentado pelas esposas de alcoolistas pode estar provocando um desequilíbrio do organismo e este é um fator preocupante.

Os estudos sobre o alcoolismo afirmam que a família de um alcoolista é freqüentemente sobrecarregada pelos problemas advindos do uso abusivo do álcool (DALGALARRONDO, 2000; EDWARDS, 1999). Isto pode ser o motivo da marcante presença de *stress* entre essas mulheres que se encontram, na maioria, nas fases de resistência e exaustão. Além disso, nossa cultura delega à mulher o papel de cuidadora da família. Esta dedicação ao lar, ainda é interpretada como atribuições exclusivamente femininas. Segundo Quintas (2000), as mulheres são conduzidas pela sociedade a adotarem este tipo de comportamento. Mesmo aquelas que exercem atividades profissionais fora de casa, muitas delas ainda sentem que as tarefas relacionadas ao cuidado com a família são a sua maior obrigação. Shaevitz (1986) apud Cipriano

(2004) confirma o pensamento de Quintas ao referir-se que as mulheres são psicologicamente treinadas para a dedicação diária e quase exclusiva para a sua família. Mesmo ao final de um dia de trabalho, ainda querem se “ligar emocionalmente”, se preocupar com seu companheiro, com os filhos, querem compartilhar conversas e problemas com cada membro de sua família, enquanto que muitos homens preferem descansar, ao voltar para casa (p.163). Na situação em que a mulher é uma esposa de alcoolista, esta alia às responsabilidades que comumente já lhe são delegadas, os cuidados que sente ter “obrigação” de dispensar ao marido doente e isto pode ocasionar o *stress*. Os relatos que se seguem confirmam o que dizemos.

**E7** – “Ficava olhando pra ele não cair, segurava ele pra não beber muito. Eu sinto assim, na obrigação de cuidar dele, porque sou esposa dele, se for deixar a vontade, acontece coisa pior com ele”.

**E11** – “... o que posso fazer é me preocupar com a alimentação, porque ele não se alimenta quando bebe. Dou banho, cuido dele normal. O que eu posso fazer? Eu sinto como uma obrigação, que eu convivo com ele, tenho o maior prazer de cuidar dele. Converso muito, que ele deixe essa vida, arrumar alguma coisa pra fazer, então converso muito com ele pra ir à igreja...”

**E15** – “Olhe, mesmo que não queira, com a raiva e tudo que é muita, sempre tem aquele comprometimento de ter que cuidar, ficar atenta. A gente se sente na obrigação, é casada, é mulher, então tem..., se sente naquela obrigação, de fazer alguma coisa, mesmo com raiva...”

**E16** – “È preciso ter paciência, é triste, mas jamais ia abandonar ele de jeito nenhum, é o marido, né”?

Entre sentimentos de amor e raiva, de obrigação, de dever e ao mesmo tempo de um certo “prazer” por ter de quem cuidar, as mulheres vão experimentando ambivalência diante desse quadro que lhes acarreta aumento de suas responsabilidades e, conseqüentemente, maiores agentes geradores de stress. Tais mulheres, diante do alcoolismo de seus maridos, ficam mais predispostas a outras situações conflitantes, relacionadas á doença do esposo, além das ocorrências do dia-dia.

Sabe-se que qualquer circunstância que exija do sujeito esforços para se adaptar pode ocasionar o *stress*. Muitas famílias vivenciam esse fenômeno continuamente, quando algum membro sofre de alguma patologia emocional grave, ou até mesmo demonstra comportamentos inadequados como se envolver em brigas, usar drogas ou atos criminosos e estes componentes terminam por tomar a posição de agente desestabilizador da harmonia do ambiente familiar (LIPP, 2000 b).

No que se refere à dependência química, parte-se do pressuposto de que as pessoas que usam drogas estão inseridas em um contexto no qual seus valores, os seus comportamentos influenciam, também, os comportamentos dos componentes de sua família e são por eles influenciados (PAYÁ E FIGLIE, 2004). Especificamente em relação à esposa do alcoolista, esta, por freqüentemente presenciar o cônjuge em estado de embriaguez, tem o seu cotidiano invadido por toda sorte de imprevistos e preocupações, o que tende a propiciar um processo de esgotamento desta mulher (EDWARDS, 1999).

De acordo com a literatura, o alcoolismo, dentro de um contexto familiar, traz uma grande incidência de *stress* que rapidamente se transforma em uma doença não somente para o bebedor, mas para todos os componentes da família. Esse *stress* é o que provoca a quebra na estabilidade dos sujeitos (RAMOS E PIRES, 1997).

Além do conhecimento do nível de *stress* das esposas de alcoolistas, esta pesquisa também teve o objetivo de verificar os seus sintomas mais freqüentes. Para isso, usamos o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). Esse inventário classifica os sintomas em: físicos e psicológicos.

Segundo Lipp e Malagris (2001), nenhuma doença produz uma interação tão significativa entre o corpo e a mente como o *stress*. A reação hormonal, que é parte da resposta de *stress*, desencadeia não só uma série de mudanças físicas, como também produz reações emocionais.

Estas estão tão integradas com as mudanças físicas que, muitas vezes, o que é de ordem psicológica acaba se manifestando no corpo ou vice-versa. Para Lipp (2004), uma maior incidência de *stress* em determinada área indica que o sujeito tende a estar mais “vulnerável” nesse campo. Daí ser necessário saber qual a vulnerabilidade das participantes, pois além de proporcionar uma melhor compreensão das respostas de *stress* dessas mulheres pode ajudar a elaborar intervenções futuras mais adequadas, não só para elas, mas para outras que se encontrem em situação semelhante.

Nesta amostra, observamos uma alta frequência de sintomas psicológicos (70,96%), seguidos dos sintomas físicos (19,35%) e dos sintomas físicos e psicológicos, conjuntamente (3,22%). Esses dados demonstram que, dentre as participantes que apresentaram o *stress*, a área mais afetada foi a psicológica, isto é, elas se encontram mais “vulneráveis psicologicamente”. Nossos resultados vêm ao encontro do que afirma Edwards (1999). Este argumenta que a convivência com um esposo alcoolista pode acarretar na cônica problemas de ordem emocional.

McGoldrick (1995) assegura que as mulheres, geralmente, estão mais expostas às instabilidades do que os homens e, portanto, mais vulneráveis ao *stress*, devido ao envolvimento emocional que estabelecem com quem as cercam. Esse fator pode ser uma das possíveis justificativas para a maior frequência de sintomas psicológicos nas mulheres de alcoolistas.

Na avaliação dos sintomas psicológicos mais mencionados por elas, constatamos os seguintes: “pensar constantemente em um só assunto” (83,8%); “irritabilidade excessiva” (77,4%) e “diminuição da libido” (58,0%), conforme demonstra a Figura 01.

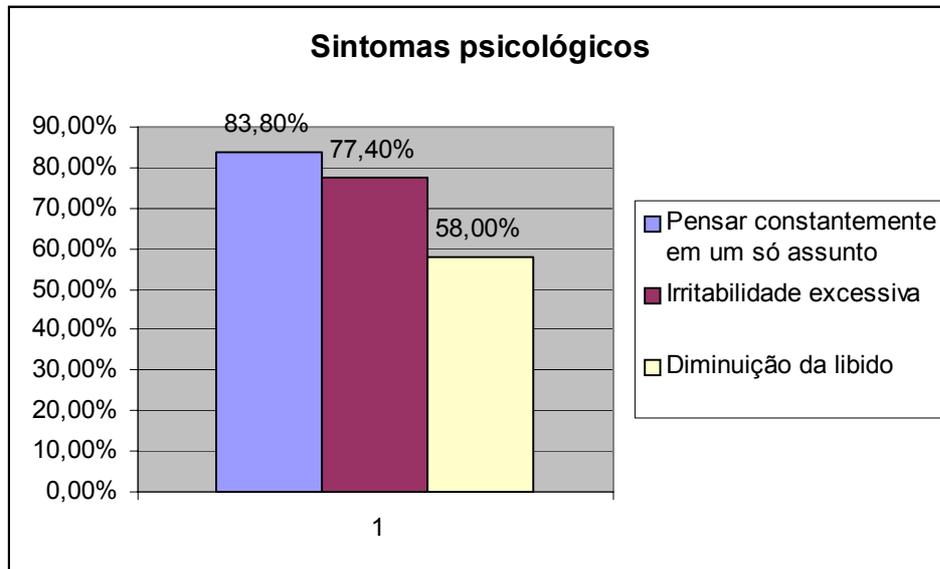


Figura 01

O sujeito estressado tende a perder o interesse por outros assuntos que não estejam correlacionados aos motivos do seu *stress*. O sintoma mais mencionado pelas participantes, “pensar constantemente em um só assunto”, nem sempre é algo intencional. Lipp e Malagris (2001) afirmam que, muitas vezes, a pessoa que pensa e fala constantemente em um só assunto, não percebe estar com a atenção direcionada para um só tema. No caso das esposas de alcoolistas, é possível que elas fixem o pensamento em episódios constrangedores e difíceis provocados pelo alcoolismo e, como mencionado anteriormente, muitas vezes, não se dêem conta de que estão absorvidas por essa problemática.

Nesta pesquisa, a “irritabilidade excessiva” foi o segundo sintoma psicológico mais mencionado e de acordo com Lipp e Malagris (2001), é um sintoma é muito freqüente em pessoas estressadas como consequência do desgaste que o organismo vem sofrendo. Qualquer provocação gera uma reação de impaciência.

Quanto à “diminuição da libido”, este é um sintoma característico da fase de resistência, pois, nesta fase, o cansaço do sujeito faz cessar ou diminuir seu interesse pelo sexo.

Dentre os sintomas físicos apresentados pelas nossas participantes, encontramos: “problemas com a memória”, “cansaço constante” e “tontura/sensação de estar flutuando”. Tais sintomas podem ser observados na Figura 02.

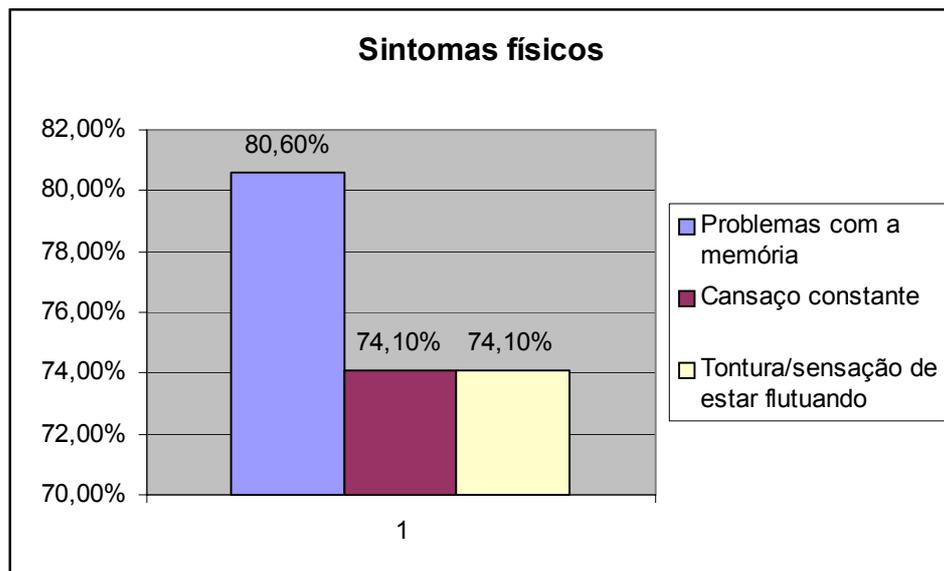


Figura 02

Segundo Lipp (2003), o “problema com a memória” e o “cansaço constante” são dois dos sintomas mais importantes da fase de resistência. Nesta, o esforço que o sujeito faz para tentar resistir ao *stress* acaba por provocar uma sensação de cansaço e a memória começa a falhar. O corpo do estressado sente-se doente, mesmo não sendo diagnosticada doença alguma.

Embora apenas uma participante tenha apresentado, simultaneamente, sintomas físicos e psicológicos, demonstrou que ela possui uma “vulnerabilidade mista” de *stress* (LIPP, 2000 a, p. 55), o que se considera importante destacar.

Vale ressaltar que os sintomas, tanto psicológicos quanto os físicos, mais assinalados pelas participantes são característicos da fase de resistência. Este nível de *stress*, conforme explanado anteriormente, foi o que prevaleceu entre as participantes do nosso estudo.

O termo *stress* constitui uma condição gerada pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, por consequência, perturbam a homeostase do sujeito. Assim, todo e qualquer evento que provoque um forte estado emocional e que exija uma maior adaptação do sujeito pode ser considerado um estressor. Constata-se que diferentes situações estressoras ocorrem no cotidiano dos sujeitos e as respostas a esse fenômeno também variam em sua manifestação, podendo ocorrer de modo psicopatológico e com as mais diversas reações (MARGIS et al, 2003).

Como podemos perceber o *stress*, ao atingir um sujeito, pode se apresentar sob um vasto número de sintomas. Então, tudo o que gera o *stress* é chamado de estressor ou fonte de *stress*. Os estressores são inúmeros e, muitas vezes, o que causa *stress* em uma pessoa não provoca o mesmo em outra. Para que os estressores possam ser classificados, estes são divididos em categorias: as fontes externas e internas de *stress* (LIPP, 2000 b).

### **Fontes Externas**

Todas as situações que independam das ações e dos comportamentos do sujeito podem ser consideradas fontes externas de *stress*. Os eventos ou fontes estressoras externas ocorrem independentemente da participação do sujeito e estão fora do seu controle (MARGIS et al, 2003). Podem se constituir fontes estressoras: acidentes, morte, brigas, dificuldades financeiras, até mesmo o nascimento de um filho, enfim, tudo aquilo que ocorre no mundo externo do sujeito (LIPP E MALAGRIS, 2001).

Para obtermos conhecimentos acerca das situações que mais provocam *stress* nas esposas de alcoolistas, optamos por realizar uma entrevista semi-estruturada e as respostas obtidas sobre as fontes de *stress* para essas mulheres foram agrupadas em categorias, como demonstra a Figura 03. Salientamos que algumas participantes apontaram mais de uma fonte externa.

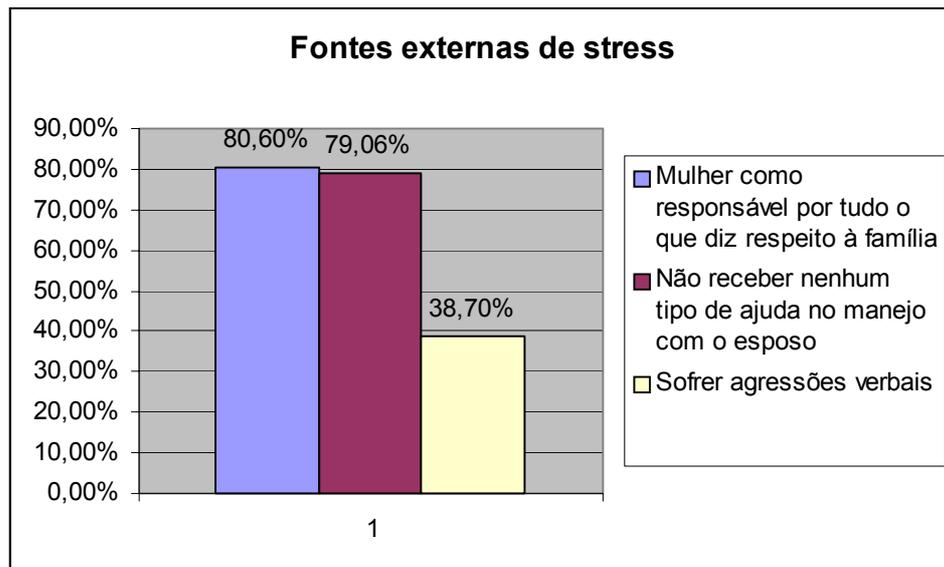


Figura 03

No total da amostra, encontramos três principais fontes externas de *stress*: a mulher como responsável pelos aspectos relacionados ao lar; não receber qualquer tipo de ajuda no manejo com o esposo e sofrer agressões verbais.

Quanto às responsabilidades por aspectos relacionados ao lar, 80,6% das participantes relataram que elas próprias são as responsáveis por aspectos que dizem respeito às obrigações com suas famílias em geral, tais como: educação dos filhos, cuidados com a casa, entre outros. Segundo Payá e Figlie (2004), esse tipo de situação é um dos estágios enfrentados pela família do alcoolista, devido ao alto nível de desorganização que ela alcança. A inversão de papéis e funções se torna comum no ambiente familiar do alcoolista, e este se abstém de assumir qualquer tipo de responsabilidade. As famílias assumem responsabilidades que não são suas, e as esposas acabam

por assumir todas os encargos da casa, inclusive aqueles que tradicionalmente são destinados aos homens.

O alcoolismo dentro de uma família acarreta uma grande dose de *stress*, uma vez que rompe a estabilidade familiar. As responsabilidades extras que a mulher do alcoolista assume, também são confirmadas como um dos fatores muito freqüentes na situação clínica (JACKSON, 1954 apud BERTOLOTE, 1997). Este fator, possivelmente traz sobrecargas e se torna um estressor externo na vida desta mulher, pois, geralmente, fica sob sua responsabilidade o bom andamento da família. Quando questionadas sobre quem assume mais responsabilidade pelo lar ou pela família, algumas mulheres respondem:

**E5 \*** – “Eu, porque ele não tem... Ele nunca me ajudou em nada...”.

**E6** – “Eu em tudo. Eu sou o homem e a mulher da casa como diz a história”.

**E9** – “Sou eu com tudo”.

**E11** – “Ele não toma conta mais de nada em casa, eu é que fico responsável por tudo”.

**E15** – “Olhe, tudo sempre foi comigo, o dinheiro é dele, mas tudo é comigo. Até pra reprender um filho, sou eu”.

**E17** – “Tudo comigo, eu quem faço tudo. Tem a aposentadoria dele, mas já sabe pra onde é o dinheiro dele...”.

**E27** – “Ele acha que me dando dinheiro, o resto eu faço. É menino, casa, tudo”.

\* A letra **E** está relacionada a esposa e o número que a acompanha refere-se à identificação.

Em relação à segunda maior fonte externa, perguntamos às esposas se elas recebem apoio de alguém no manejo com seu esposo e constatamos que 79,06% destas apontaram não receber ajuda de ninguém. O alcoolismo tende a afastar as pessoas mais próximas, isto é, amigos e familiares. Deste modo, a esposa de um alcoolista acaba não tendo com quem contar. Segundo Wilson (1997), a maioria dos parceiros dos alcoolistas são as mulheres e estas tendem a sofrer o abandono por parte dos familiares, vizinhos e demais componentes da sociedade, o que tende a fazê-las enfrentar uma enorme solidão.

De acordo com a literatura, a escassez de apoio no trato com o esposo alcoolista é um fato real que provoca o *stress*, pois as mulheres lidam sozinhas com tais situações difíceis (EDWARDS, 1999). Algumas das mulheres que entrevistamos, quando questionadas se recebiam algum tipo de ajuda nos cuidados com o marido, afirmaram:

**E16** – “Nada, só eu mesmo...”.

**E17** – “... eu me vejo sozinha pra cuidar dele. Sozinha mesmo. Eu que sou casada com ele, né?”.

**E21** – “Não só Deus mesmo”.

**E24** – “Tenho não, só eu mesmo”.

**E26** – “Não, ninguém me ajuda não”.

Uma outra fonte freqüente de *stress* para essas mulheres são as agressões verbais. Entre as participantes, 38,7% afirmaram que seus maridos as agredem verbalmente quando alcoolizados. Segundo Wilson (1997), esse tipo de acontecimento é um fato muito freqüente. As agressões verbais costumam ser, humilhações, ameaças, levar ao ridículo, entre outras. Dentro desse contexto, também são comuns as agressões físicas ou até as exigências sexuais. Estes episódios

de agressões verbais repletas de xingamentos, podem ser uma fonte externa de *stress*, por ser um tipo de comportamento do alcoolista que independe da cônjuge, ou seja, ela não tem qualquer controle sobre isso. A esse respeito, as entrevistadas relatam:

**E12** – “Verbal, muitas vezes”.

**E13** – “Verbal, ele me xinga”.

**E15** – “Sempre foi verbal”.

**E18** – “Já, verbal bastante”.

**E20** – “Verbal, muitas vezes”.

**E21** – “Verbal, Ave Maria, nem conto”.

**E30** – “Ele não é violento fisicamente não, só assim em palavras e maltrata ele e a gente que convive”.

**E31** – “Física não, mas xingar ele xinga”.

### **Fontes Internas**

Além dos estressores externos já citados e analisados anteriormente e que geralmente são de mais fácil reconhecimento, existem também as fontes internas que merecem ser discutidas. Segundo Lipp (2000 b), as fontes internas se referem ao que se costuma chamar de “fábrica” particular de *stress*, ou seja, está relacionada ao nosso modo de ser, às crenças, valores e maneiras de agir perante as situações. As fontes internas também podem referir-se às expectativas irrealistas, distorções de pensamentos, o perfeccionismo, entre outros (Lipp 2001 b).

As fontes internas mencionadas pelas participantes também foram agrupadas em categorias, como demonstra a Figura 04. Salientamos que algumas participantes apontaram mais de uma fonte interna. Solicitamos, aqui, as quatro fontes internas de *stress* mais freqüentes: não

perceber outras alternativas para ajudar na recuperação do marido; sentir raiva ao ver o marido alcoolizado; preocupação com os filhos; tensão e preocupação quando o marido sai de casa.

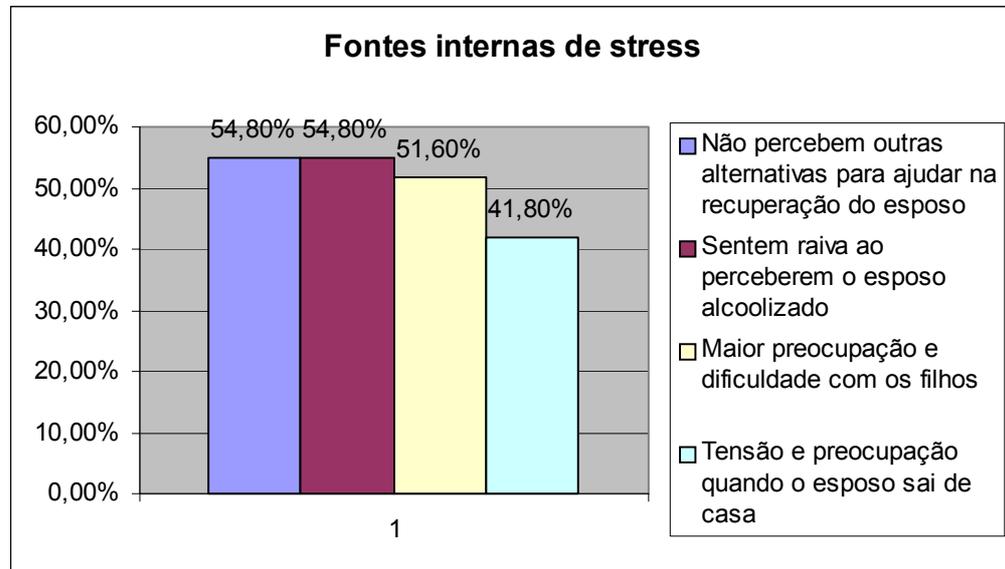


Figura 04

Questionadas se percebem alternativas que poderiam contribuir na recuperação do esposo, 54,8% comenta não perceber outros meios que possam servir de auxílio. Para Edwards (1999), isso faz parte de uma seqüência de estágios das reações das esposas de alcoolistas. No início, há uma tendência da cônjuge a não admitir que a bebida é um problema em sua vida. Após esse período, a esposa entra na fase na qual não percebe alternativas para a recuperação do esposo. Não identifica estratégias para evitar ou amenizar o uso de álcool de seu companheiro. É nessa fase que as esposas começam a sofrer um esgotamento de suas reservas e se instala um sentimento de “desesperança” de que não existem meios para se obter uma melhora.

Para Payá e Figlie (2004), a percepção de que não existem alternativas para a recuperação do esposo faz com que a mulher acredite que o alcoolismo é o “destino da sua família” (p. 343). Esse tipo de percepção tende a provocar um sentimento de desesperança nessas mulheres e,

possivelmente, isto é um fator importante para o aparecimento do *stress* dentre estas, como nos exemplos citados:

**E13** – “Vai ser sempre essa luta, né?”.

**E14** – “Quando ele bebia direto, ficava sem esperança, de que nada ia melhorá-lo, acreditava que era a vida que ele escolheu e ponto. Então, deixei de mão, no dia em que ele quiser deixar, ele deixa”.

**E16** – “Não. Já me senti tão desesperada nesse mundo que até já tentei suicídio. Pedia sempre uma solução a Deus e não resolveu...”.

**E19** – “Não, ele não quer”.

**E21** – “Acho que não, a essa altura...”.

**E24** – “Ah, só por ele mesmo”.

Outro tipo de estressor interno, tão freqüente quanto o citado anteriormente (54,8%), refere-se à pergunta sobre o que a esposa sente ao perceber seu cônjuge alcoolizado. A resposta de “raiva” foi predominante neste tópico. Payá e Figlie (2004) afirmaram que a raiva é um dos sentimentos experimentados pelos familiares que convivem com o alcoolista.

A raiva é definida como uma emoção desconfortável que se manifesta desde uma irritação até uma fúria e acontece quando a pessoa se sente ameaçada, injustiçada ou até mesmo frustrada em algo que seja importante (CHARLES SPIELBERG apud LIPP, 2005).

Esta situação vivenciada pelas esposas tende a provocar raiva e, assim, tornar-se uma fonte estressora. Este sentimento tem uma alta capacidade de gerar *stress* e, em muitas situações, surge com grande intensidade (LIPP, 2005). Sobre esse sentimento, dizem as entrevistadas:

**E6** – “Sinto muita raiva, muita raiva mesmo”.

**E14** – “Sinto é raiva quando chega bêbado”.

**E15** – “Ele passa noites fora de casa, chega de madrugada, bêbado. Sinto tanto ódio, raiva. Eu não consigo me controlar...”.

**E18** – “Quando ele chega, sinto raiva, muita raiva...”.

**E19** – “Geralmente chega de madrugada, mas dá raiva”.

**E21** – “Dá vontade de deixar ele no canto e desaparecer, pra não ver a cara, dá raiva.”

**E24** – “Raiva, né? Dá ódio”.

**E26** – “Eu sinto raiva quando ele bebe”.

A preocupação que essas mulheres experimentam com relação aos seus filhos (51,6%), possivelmente é um indicador de estressor interno. Nesta pesquisa, as mulheres relataram ter medo que seus filhos se tornassem alcoolistas. Esse tipo de pensamento pode ser considerado disfuncional por não corresponder à realidade atual, ou seja, seus filhos até o momento não têm indícios do uso de álcool. Este resultado se assemelha ao encontrado por Vincentin (2004) em sua pesquisa com progenitores de usuários de cocaína e crack, na qual os pais se encontram em situação de *stress* e, conseqüentemente, apresentaram-se mais propensos às cognições disfuncionais, como o medo constante de que seus filhos fossem presos, antes mesmo de acontecer. Apesar de Edwards (1999) afirmar que 50% dos alcoolistas procedem de lares onde assistiam ou presenciavam a ingestão de álcool, esta situação não está acontecendo no momento com seus filhos e serve apenas para gerar *stress*. No caso das esposas, as situações estressantes, tendem a ativar as cognições disfuncionais. Sobre esta questão, perguntamos a elas o que mais lhes preocupa diante do alcoolismo do seu esposo. Responderam:

**E4** – “Meus filhos, o futuro deles, porque eles vão crescendo e acompanhando tudo e minha preocupação é essa. Eles fazem pergunta e ele tá dando mau exemplo”.

**E6** – “É um mau exemplo pros filhos”.

**E12** – “As crianças, porque é o pai deles, que eles vêm todos os dias praticamente numa posição que não é boa”.

**E13** – “Tenho medo que isso mais tarde, tenha alguma coisa negativa em meus filhos. Ou eles podem ter verdadeira repugnância à bebida ou vão pro mesmo caminho. Então, me preocupo muito com eles”.

**E15** – “Dizem que o alcoolismo é hereditário, né? Então, toda vez que ele bebe, eu mostro aos meninos, a bagunça que é e digo pra eles não copiarem...”.

**E18** – “Os filhos podem querer seguir, porque se ele vai a um bar e leva um filho, ele vai achar bonito e pode futuramente fazer isso”.

**E20** – “Tenho medo que meu menino faça o mesmo”.

Ao questionarmos sobre o que sentem quando o esposo sai de casa, 41,8% revelam sentir tensão e preocupação, sem dúvida, um possível estressor interno. Segundo Teles (1993), a tensão pode ser considerada como um estado de prontidão do organismo para agir e as pessoas que vivem sob tensão constante e não encontram meios de relaxar estão predispostas a danos físicos entre outros prejuízos. Também as mulheres relataram expectativas sobre a maneira como o seu esposo voltará para casa: alcoolizado ou não, agressivo, sofrerá algum acidente, entre outros. Sobre esta questão, perguntamos a ela o que sentem ao perceberem seus maridos fora de casa. A respeito desta questão, elas responderam o seguinte:

**E 9** – “Quando sai de casa fico pensando que pode acontecer algo de grave com ele, fico preocupada, peço que Deus proteja”.

**E 12** – “Mas fico preocupada, porque fica agressivo, procuro me tranquilizar, mas nem sempre consigo”.

**E 13** – “Fico super preocupada. Quando ele viaja, já fico tensa. Quando demora, acho que já sofreu um acidente,...”

**E 15** – “Me sinto assim.... Péssima, porque fico na espera, né? Na tensão... Como vai chegar?”

**E 16** – “Eu já entro em suspense, né? O que será que ele vai fazer? Como vai chegar? Aonde vai? Como vai voltar?”

### Estratégias de Enfrentamento

As respostas ou estratégias de enfrentamento têm sido classificadas em relação a duas categorias: o enfrentamento centrado no problema e o enfrentamento centrado na emoção. Ao se deter na fonte estressora (problema), o sujeito tende a modificar a situação causadora de *stress*, visando lidar com a ameaça. O enfrentamento focalizado na emoção tem a função de regularizar a emoção causada pela situação que lhe causou *stress*. (ver Figura 05).

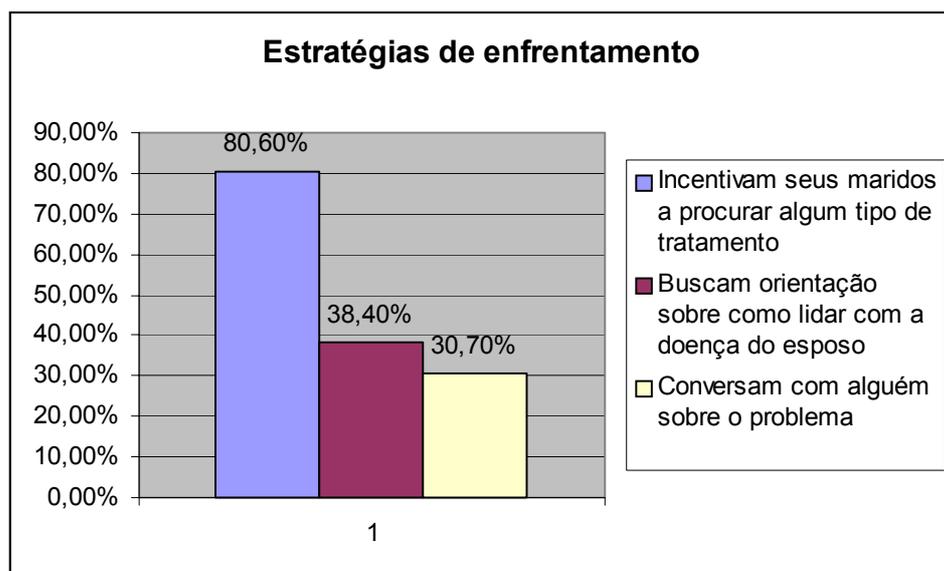


Figura 05

Em relação à categoria: ‘se incentivam seus esposos a procurar algum tipo de tratamento’, 80,6% das esposas responderam que sim.

**E5** – “Já, já cheguei até a marcar a consulta pra ele da primeira vez, mas ele disse que não vinha e não veio mesmo. Só agora”.

**E10** – “Ah ! Sim, já ajudei”.

**E11** – “Já, já incentivei a procurar o AA, já quis levar pra Fazenda Esperança, alguma terapia, tudo, mas ele não quer”.

**E12** – “Eu sempre procuro incentivar e ele reconhece, ma já viu, né?”.

**E15** – “Já. Quando vi que tava demais, pedia, falava muito, no começo. Foi muito difícil, até que ele veio pra cá”.

**E16** – “Ah! já. Já procurei consulta aqui, já internei na Providência. Num dia que tava muito aperreada, eu mesmo que fui atrás, ele nunca procurou, não quer, né?”.

Neste estudo, também verificamos que 83,8% das esposas de alcoolistas ao serem perguntadas se sentem necessidades de procurar algum tipo de apoio para si próprias, respondem que sim. Dentre as formas de apoio que estas mulheres procuram, a busca pela orientação em como lidar com o esposo alcoolista é o tipo de estratégia mais citada com 38,4%.

**E3** – “Sim, alguma pessoa que me aconselhe, me oriente”.

**E4** – “Sim, Alguma orientação, como deveria agir e não ficar parada, vendo as coisas acontecerem sem fazer nada”.

**E11** – “Sim, principalmente orientação”.

As estratégias citadas podem ser classificadas como de enfrentamento do tipo focalizada no problema, pois essas mulheres, ao usarem tais mecanismos se esforçam para agir contra a fonte de *stress*, tentando modificar a situação - problema (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). A função destas estratégias consiste em alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o fator que está causando o *stress*. Este tipo de *coping* é também chamado de estratégias ativas, formas de aproximação em relação ao evento estressor (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). Podemos, então, concluir que a esposa do alcoolista, ao buscar orientação de como manejar a situação conflitante, tende a reduzir a sua tensão emocional.

O segundo tipo de apoio que as esposas procuram (30,7%) é: “conversar” ou “desabafar” com alguém. É enfrentamento centrado na emoção, pois a “conversa com amigas, parentes” serve como alívio, regulação do estado afetivo associado ao *stress* (LISBOA et al, 2002). Nossa amostra confirma o que esses autores dizem:

**E13** – “Converso muito com minha mãe, ela também me ajuda muito, meu pai”.

**E18** – “... falar desse assunto, porque às vezes você explode de tanto guardar”.

**E20** – “... só pra desabafar”.

**E21** – “Já, às vezes eu procuro conversar com alguém, daí eu fico mais calma, mas quando chego em casa e ele tá bêbado, volta tudo de novo”.

### **Qualidade de vida**

O *stress* não se torna prejudicial apenas por apresentar um vasto número de sintomas, mas também por influenciar o surgimento de doenças mais graves. Como consequência, o *stress* pode afetar de forma negativa a qualidade de vida do ser humano. Segundo Lipp e Malagris (2001), a

qualidade de vida quer seja na área profissional, na social, na afetiva e na da saúde é profundamente afetada de acordo com o nível de *stress* em que a pessoa se encontra.

Para considerarmos que um sujeito possui uma qualidade de vida satisfatória é necessário que ele apresente sucesso nos quadrantes citados anteriormente. Os dados da pesquisa mostraram que todas as participantes estressadas apresentaram fracasso quanto à qualidade de vida em todos os aspectos.

Nesta pesquisa a qualidade de vida das mulheres mostrava-se com um alto índice de comprometimento no quadrante da saúde, com 96,77% de fracasso, seguido do quadrante profissional com 80,64% e o quadrante social com 51,61%. Embora possamos pensar que conviver com um alcoolista acarrete um desgaste no relacionamento afetivo do casal, na nossa pesquisa, o quadrante que se refere à afetividade foi o que apresentou menor índice de fracasso, com apenas 41,93%, conforme demonstra a Figura 06. Podemos levantar a hipótese de que, uma vez que o tempo de convivência, no casamento é muito longo - 51,52% estão casadas há mais de 21 anos - é possível que já tenham desenvolvido modos de lidar com a situação que suavizem o desconforto na área afetiva.

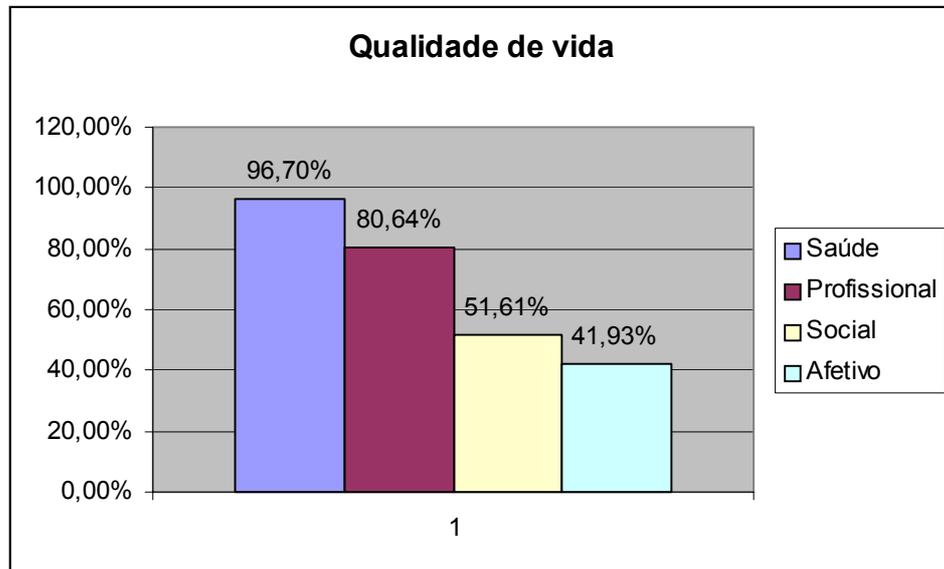


Figura 06

Quando relacionamos a qualidade de vida de nossas participantes com as fases de *stress* em que elas se encontram, verificamos que a maioria delas está na fase de resistência ou de exaustão. Isso explica o alto índice de fracasso no quadrante da saúde. É nestas fases (resistência e exaustão) que o sujeito fica mais predisposto às doenças. Na fase de resistência, por exemplo, o sujeito se torna mais vulnerável aos vírus e bactérias, com o avanço do *stress*; na fase de quase-exaustão, as defesas imunológicas do sujeito são destruídas, as doenças começam a surgir; e na fase de exaustão, as doenças mais graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfartes, úlceras, depressão e outros (LIPP, 2000 a).

Outro fator que leva ao fracasso na área da saúde, talvez se deva ao fato de que as esposas possivelmente dedicam maiores preocupações à saúde do seu esposo, negligenciando os cuidados com sua própria saúde e bem-estar. Esse mesmo agravante, também foi encontrado em uma pesquisa sobre *stress* e qualidade de vida em pais de crianças com leucemia, em que foi constatado que tanto os pais quanto as mães apresentavam altos índices de fracasso na área da saúde (URBANO, 2004).

O que podemos concluir com essas considerações é que a situação de conviver com um alcoolista afeta o bom desempenho da qualidade de vida da esposa, mesmo daquelas em fase inicial de *stress*, pois os fracassos nos quadrantes de vida em relação ao stress foram variados. As mulheres com um baixo nível de *stress* tinham fracasso em todas as áreas, assim como esposas com um alto nível de *stress* apresentavam sucesso em alguns quadrantes da vida. Talvez, como já dissemos anteriormente, por terem aprendido a utilizar algumas estratégias de enfrentamento da situação que as ajudem a manter uma melhor qualidade de vida.

Outro quadrante que também mostrou alto índice de fracasso foi o profissional. As mulheres, talvez por se encontrarem sobrecarregadas devido aos problemas que a doença do esposo acarreta, têm suas vidas profissionais, prejudicadas.

Diante desses resultados, deve-se atentar para a necessidade de intervenção na qualidade de vida dessas mulheres no que se refere ao quadrante da saúde que se mostrou bastante comprometido, ajudando-as a desenvolver estratégias de controle de *stress* e, desta forma, melhorar a qualidade de vida levando-as a obterem um melhor desempenho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta um alto índice de *stress* e um desempenho insatisfatório na qualidade de vida das esposas de alcoolistas, sugerindo a necessidade de trabalhos de intervenção para o controle do *stress* nestas mulheres.

Na utilização do ISSL, percebemos que 93,54% das participantes apresentaram o *stress*. Entre as mulheres estressadas deste estudo, 67,7% se encontravam na fase de resistência; 12,9%, na fase de exaustão. Esses resultados demonstram um alto índice de *stress* patológico e a sobrecarga que o cotidiano dessas esposas apresenta.

Foi possível identificar, através das análises das entrevistas, as principais fontes estressoras internas e externas de *stress* das esposas de alcoolistas, como também as estratégias por elas adotadas para enfrentar o *stress*.

Percebemos dentre os estressores internos, cognições e sentimentos negativos e que estes dificultam que as buscas por tentativas de solução do alcoolismo do esposo sejam elaboradas, contribuindo somente para o agravamento do *stress*. Os estressores internos mais encontrados foram: a não percepção de outras alternativas para ajudar na recuperação do esposo; o sentimento de raiva ao perceberem seus maridos alcoolizados; as preocupações e dificuldades decorrentes do medo que as esposas têm que seus filhos se tornem alcoolistas futuramente; bem como as tensões e preocupações experimentadas por elas ao perceberem que os seus cônjuges saíram de casa.

Outros fatores contribuintes para o *stress* nas esposas de alcoolistas referem-se aos estressores externos: responsabilidades em relação aos aspectos familiares; o fato de também não ter ajuda de outras pessoas no manejo com o seu esposo e os sofrimentos constantes às agressões verbais de seus maridos. Tais situações fogem do controle dessas mulheres e, também, podem provocar desestabilizações quanto a aspectos físicos e psicológicos.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas esposas de alcoolistas eram de longo e de curto prazo: incentivar seus maridos a procurar algum tipo de tratamento; buscar por orientações sobre como lidar com a doença de seu esposo e conversar com alguém com o intuito de “desabafar”. Tanto a busca de orientações, quanto o incentivo na busca de tratamento são vistas como estratégias de enfrentamento centradas no problema (longo prazo), pois se esforçam para tentar solucionar a situação geradora de *stress*, (o alcoolismo). As conversas com outras pessoas funcionam como uma estratégia centrada na emoção (curto prazo) com a intenção de aliviar suas tensões.

Através do Inventário de Qualidade de Vida, verificamos que as esposas apresentaram um alto nível de fracasso no quadrante da saúde (96,07%), em seguida o quadrante profissional (80,04%). Para esses dados corroboram outros estudos do nosso levantamento bibliográfico que apontam para uma qualidade de vida prejudicada em pessoas que apresentam níveis significativos de *stress*.

A partir dos conhecimentos acerca dos prejuízos que o alcoolismo de um ente próximo acarreta em uma família - no caso desta pesquisa, a esposa do alcoolista -, podemos compreender melhor as conseqüências negativas advindas do alcoolismo.

Tais resultados verificados através dos instrumentos utilizados apontam para a necessidade de desenvolvimento de técnicas de controle do *stress* nestas mulheres. Acreditamos que este trabalho representa um início para que mais pesquisas sejam elaboradas para esta população. Desta forma, as esposas de alcoolistas poderiam contribuir de forma positiva no tratamento de seus maridos e alcançariam uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- ANDRADE, M. A. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- ANTONIAZZI, A S; DELL'AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 3, n. 2, jul/dez, 1998.
- BERTOLETE, J. M. Conceitos em Alcoolismo In: BERTOLETE, J. M (Org.). **Alcoolismo hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BIASOLI-ALVES. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no séc. XX. **Revista Psicologia e Pesquisa**. Brasília, v. 16, n. 3. set/dez. 2000.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C., et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Revista Saúde pública**. São Paulo, v. 38, n.5, 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL, V. L. Família e drogadição. In: Cervený, C. M. (Org). **Família e...** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CALAIS, S.L. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In Marilda Lipp (Org). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CARDOSO. R, **A mulher no século XX**. [S.l.: s.n], 1999. Disponível em: <[www.comunitas.org.br/docs/AmulhernoseculoXX.pdf](http://www.comunitas.org.br/docs/AmulhernoseculoXX.pdf)>. Acesso em 20 fev. 2006.
- CIPRIANO, D.G.I. Stress feminino: efeitos diferenciais do relacionamento afetivo. In: Marilda Lipp (Org). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas, S P: Papyrus, 2004.

COBRA, R. **Feminismo**. [S.l.:s.n.], 2003. Disponível em: <www.cobra.pages.nom.br>. Acesso em: 22 mar. 2006.

CHODOROW, N. **A psicanálise da modernidade: uma crítica a Freud, a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

D'INCAO, M. A. Mulher e a família burguesa. In: PRIORE, M. D. (org). **A história da mulher no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001.

EDWARDS, G. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FIGLIE, N.B; PAYÁ, R; KRULIKOWSKI, P; LARANJEIRA, R. Intervenção breve em familiares de dependentes químicos – Resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.51, n.5, p. 327-333, 2002.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.2, 2000.

GITLOW, S.E. Uma visão global. In. GITLOW, S. E; E PEYSER, H.S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GONÇALVES, A; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar/abr. 2001.

GOUVEIA, J.A. et al. Transformações sociais como fonte de stress na mulher atual. In. Amazonas, M.C.L.A e Lima, A .O (Org). **Mulher e família: diversos dizeres**. São Paulo: Oficina do livro, 2006.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 6 ed., 1993.

KNIGHT, J.A. A família na crise do alcoolismo. In: GITLOW, S. E; E PEYSER, H.S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2001.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.28, n. 6, 2001b.

\_\_\_\_\_ **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

\_\_\_\_\_ **O stress está em você**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2000b.

\_\_\_\_\_ **O Stress e a beleza da mulher**. São Paulo: Connection Books, 2001a.

\_\_\_\_\_ O modelo quadrifásico do stress. In: M.E. N. LIPP (org), **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas** (pp. 17-21) São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

\_\_\_\_\_ **Pesquisa sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996.

\_\_\_\_\_ **Stress emocional: esboço da teoria de “temas de vida”**. In: M.E.N. LIPP (org), **O stress no Brasil: pesquisas avançadas** (pp. 17-30). Campinas, SP: Papirus, 2004.

\_\_\_\_\_ **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. N. Manejo do estresse. In: RANGÈ. B. (org) **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. São Paulo: Pleno, 2001.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. Inventário de Qualidade de Vida (IQV). **Stress, Hipertensão arterial e Qualidade de Vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas: Papirus, 1994.

LIPP, M.E.N.; TANGANELLI, M.S. Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia e Reflexão Crítica**, v.3, n 15, 2002.

LISBOA. C; et al. Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.2, n.15, 2002.

MCGOLDRICK, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B. e McGoldrick (Ed.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2002.

MARGIS, R; et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.25, 2003.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Abrasco, 1999.

MINAYO, M.C.S, HARTZ. Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000.

NAUJORKS, M. I. Stress e Inclusão: indicadores de stress em professores frente à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais. **Cadernos de Educação Especial**. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação/ Departamento de educação Especial/ Laboratório de Pesquisa e Documentação (Lapedoc), v. 1, n. 20, 2002.

**O QUE É co-dependência?** Disponível em: <<http://www.codabrasil.org/codep1.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2005.

**O QUE É o stress (Estresse)?** Disponível em <<http://www.ismabrasil.com.br>>. Acesso em: 25 mai. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAYÁ, R; FIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, B. N; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

QUINTAS, F. **A mulher e a família no final do séc XX**. Recife: Massangana, 2000.

RAMOS, S. P.; PIRES, M, E, F. Conceitos em Alcoolismo in: BERTOLOTE, J. M (Org.). **Alcoolismo hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

REZENDE, J.M. **Linguagem médica, stress, estresse**. [S.l.:s.n.], 2002. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>>. Acesso em: 24 jun. 2006.

RIBEIRO, C. R. O mito do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1. jan. 2001.

ROCHA-COUTINHO, M.C. **Tecendo por trás dos panos**. Rio de Janeiro: Rocco,1994.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Dos contos de fadas aos superheróis: mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p.65-82, 2001.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2000.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO, JR. A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. Trad. Frederico Branco, 2 ed. São Paulo: Ibrasa, 1965

SEIDL, E. M. F; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia teoria e pesquisa**. Brasília, v. 17, n 3. Set., 2001.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2004.

SILVA, I.P. As relações de poder no cotidiano da mulheres cuidadoras. In: Karsch, V. M. S. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC,1998.

SOUZA, A.M. **A Família e seu Espaço**: uma proposta de terapia familiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

TANGANELLI, M.S. O Treino do Controle do Stress Aplicado a Mulheres. In: Marilda Lipp (Org). **Mecanismos neuropsicofisiológicos de stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

TANGANELLI, M.S. Mulher chefe de família – perfil, estudo e tratamento do stress. In: Marilda Lipp (Org). **O stress no Brasil**: pesquisas avançadas. Campinas, São Paulo: Papirus, 2004.

TELES, M. L. S. **O que é stress**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

URBANO, M. F. G. **Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o stress da criança**. Dissertação de Mestrado. PUC – Campinas, São Paulo, Brasil, 2004.

VINCENTIN, V.F. **Stress e Qualidade vida dos progenitores de usuários de cocaína e crack**. Dissertação de mestrado, Puccamp, Campinas, 2004.

WILSON. M. **Conviver com quem bebe**. Trad. Maria Lúcia Garcia. São Paulo: Summus, 1997.

WITKIN-LANOIL, G. **A Síndrome do Stress Feminino**: como reconhecê-la e viver com ela. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa: Stress e Qualidade de Vida em esposas de alcoolistas.**

Eu,..... abaixo assinada, dou meu consentimento livre e esclarecido para a minha participação como voluntária do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisadora Raitza Araújo dos Santos Lima, psicóloga, mestranda da Universidade Católica de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1) O objetivo da pesquisa é avaliar o Stress e a Qualidade de Vida nas esposas de alcoolistas.
- 2) Durante os estudos participarei do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) e do Inventário de Qualidade de Vida, realizados de forma individual e de uma Entrevista semi-estruturada, com a utilização de gravador de voz.
- 3) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
- 4) Estou livre para interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, a não ser que esta interrupção seja contra-indicada por motivo médico.
- 5) Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
- 6) Poderei contactar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, o qual encaminhará o procedimento necessário.

Recife, de de 2005

.....

Raitza Araújo dos Santos Lima

Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

.....

Pesquisadora

.....

Orientadora

# INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Novaes Lipp

## CADERNO DE APLICAÇÃO

### Instruções

**Quadro 1** - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

**Quadro 2** - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

**Quadro 3** - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

Nome: .....

Sexo: .....

Data de nascimento: .....

Local de trabalho: .....

Função exercida: .....

Escolaridade: .....

Local e data: .....



**Casa do Psicólogo®**  
Livraria e Editora

© 2000 Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. Rua Mourato Coelho 1059 - São Paulo - SP - Tel./fax: (11)3034.3600 casadopsicologo@casadopsicologo.com.br - www.casapsicologo.com.br. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.



**QUADRO 1a**

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- 2. BOCA SECA
- 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- 4. AUMENTO DE SUDORESE
- 5. TENSÃO MUSCULAR
- 6. APERTO DA MANDÍBULA/  
RANGER OS DENTES
- 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- 8. INSÔNIA
- 9. TAQUICARDIA
- 10. HIPERVENTILAÇÃO
- 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SÚBITA E PASSAGEIRA
- 12. MUDANÇA DE APETITE

**QUADRO 1b**

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 
- 13. AUMENTO SÚBITO DE  
MOTIVAÇÃO
  - 14. ENTUSIASMO SÚBITO
  - 15. VONTADE SÚBITA DE  
INICIAR NOVOS  
PROJETOS



**QUADRO 2a**

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- ( ) 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- ( ) 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- ( ) 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- ( ) 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- ( ) 5. MUDANÇA DE APETITE
- ( ) 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- ( ) 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- ( ) 8. CANSAÇO CONSTANTE
- ( ) 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- ( ) 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

**QUADRO 2b**

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- ( ) 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- ( ) 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- ( ) 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- ( ) 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- ( ) 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO



**QUADRO 3a**

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- ( ) 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- ( ) 3. INSÔNIA
- ( ) 4. NÁUSEA
- ( ) 5. TIQUES
- ( ) 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- ( ) 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- ( ) 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- ( ) 9. EXCESSO DE GASES
- ( ) 10. TONTURA FREQUENTE
- ( ) 11. ÚLCERA
- ( ) 12. ENFARTE

**QUADRO 3b**

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- ( ) 14. PESADELOS
- ( ) 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- ( ) 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- ( ) 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- ( ) 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- ( ) 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- ( ) 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- ( ) 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- ( ) 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- ( ) 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

## ANEXO 3

## INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marilda Novaes Lipp

Nome:	Data:
-------	-------

As pessoas que se consideram realmente felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas, que poderíamos chamar dos “QUADRANTES DE VIDA”: o Social, o Afetivo, o Profissional e o que se refere à Saúde. Pode-se dizer que a qualidade de vida é considerada boa se a pessoa obteve sucesso nestas quatro áreas. Sucesso só em uma destas áreas, por maior que seja, significa fracasso nas outras. Avalie a sua qualidade de vida, descobrindo se tem sucesso em cada quadrante. Responda **SIM** ou **NÃO** conforme a sua realidade e tenha uma noção da qualidade da sua vida, no momento.

## QUADRANTE SOCIAL

SIM NÃO

1. Tenho amigos com os quais socializo em casa
2. A maior parte de meus amigos depende de mim para algo importante (que não só amizade)
3. Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho
4. Há horas em que acho que visitar e receber meus amigos, é uma perda de tempo
5. Converso com meus vizinhos
6. Sinto-me desconfortável em festas
7. Colaboro com alguma instituição de caridade
8. Às vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos
9. Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa
10. Gosto de passear sem pressa ou horários

TOTAL:

## QUADRANTE AFETIVO

SIM NÃO

11. Tenho um relacionamento afetivo estável (esposa/o; namorada/o)
12. Sou admirado/a por minhas qualidades além de minha atuação profissional
13. Sou comunicativo/a e alegre com meus filhos
14. Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela, por semana
15. Recebo afeto
16. Dou afeto
17. Admiro-me e gosto de mim mesmo
18. Gosto de observar a natureza e, faço sempre
19. Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida
20. Comemoro com prazer às datas importantes para mim

TOTAL:

## QUADRANTE PROFISSIONAL

SIM NÃO

21. Sou competente em meu trabalho
22. Tenho metas quanto ao quero fazer
23. Meu trabalho é reconhecido por outros
24. Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho
25. Ganho satisfatoriamente
26. Se pudesse pararia de trabalhar
27. Sinto que contribuo para o sucesso da empresa
28. Escolhi a profissão errada para mim
29. Meu trabalho me oferece segurança
30. Se fosse possível mudaria de emprego

TOTAL:

## QUADRANTE DE SAÚDE

SIM NÃO

31. Raramente tenho cefaléias
32. Minha pressão arterial está normal
33. Tenho problemas dermatológicos
34. Tenho azia com frequência
35. Faço check-up regularmente
36. Vou ao dentista todo ano
37. Faço exercício físico pelo menos três vezes por semana
38. Minha alimentação é saudável
39. Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso
40. Consigo me desligar dos problemas para descansar
41. Tomo calmantes regularmente
42. Tenho estabilidade emocional
43. Sofro de ansiedade ou angústia
44. Meu peso está dentro da média
45. Durmo bem

TOTAL:

**ANEXO 4****ENTREVISTA**

Nome:  
Idade:  
Grau de escolaridade:  
Profissão:  
Filhos:

Nome do esposo:  
Idade:  
Grau de escolaridade:

End:  
Contato:

- 1) Existem antecedentes de alcoolismo em sua família?
- 2) Quanto tempo possui de casamento?
- 3) Como era o comportamento do seu esposo antes do casamento em relação ao álcool?
- 4) Pode relatar como era o comportamento do seu esposo após o casamento?
- 5) Tenta incentivar o seu esposo na procura por algum tipo de tratamento?
- 6) Qual o seu sentimento em relação ao seu casamento com um alcoolista?
- 7) Tentou encobrir algum erro do seu esposo?
- 8) Qual a sua percepção em relação a sua forma de conduzir a doença de seu esposo?
- 9) Percebe alternativas para ajudar na recuperação do seu esposo?
- 10) Quem é responsável pelo financeiro?
- 11) Quem é responsável pelos demais aspectos do lar?
- 12) Qual o seu sentimento quando o esposo está fora de casa?
- 13) O que você sente ao perceber que seu esposo está alcoolizado?
- 14) Sente necessidade de procurar algum tipo de apoio para você?
- 15) Já sofreu algum tipo de agressão do seu esposo?
- 16) Tem alguma ajuda no manejo com o seu esposo?
- 17) Quais as suas maiores preocupações e dificuldades em relação a este contexto de alcoolismo do seu esposo?

## Anexo 5

Esposas	Idade	Escolaridade	Filhos	Tempo de casada	Antecedentes	Comp. Do esposo antes do casamento	Comp. Do esposo após o casamento em relação ao álcool
01	46	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou c
02	57	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
03	26	1 grau incompl.	2 filhos	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
04	37	1 grau incompl.	2 filhos	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
05	39	2 grau comeu.	1 filho	11-20 anos	não	Não bebia	Aumentou
06	49	2 grau incompl.	3 filhos		sim	esporadicamente	Aumentou
07	54	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	11-20 anos	não	esporadicamente	Aumentou
08	46	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	11-20 anos	sim	Não bebia	Aumentou
09	30	1 grau incompl.	2 filhos	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
10	38	1 grau incompl.	2 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
11	45	2 grau compl.	3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
12	35	2 grau incompl.	2 filhos	11-20 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
13	32	2 grau compl.	3 filhos	3-10 anos	não	esporadicamente	Aumentou
14	33	1 grau incompl.	2 filhos	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
15	44	2 grau compl.	+ de 3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
16	44	1 grau incompl.	2 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
17	52	2 grau compl.	3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
18	39	2 grau compl.	3 filhos	11-20 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
19	20	2 grau compl.	1 filho	3-10 anos	sim	Não bebia	Aumentou
20	21	1 grau incompl.	1 filho	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
21	26	1 grau incompl.	1 filho	3-10 anos	não	esporadicamente	Aumentou
22	50	Superior compl.	3 filhos	21-30 anos	não	Não bebia	Aumentou
23	47	1 grau compl.	3 filhos	21-30 anos	sim	Não bebia	Aumentou
24	60	1 grau incompl.	3 filhos	31-40 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
25	45	1 grau incompl.	3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
26	20	1 grau incompl.	1 filho	3-10 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
27	47	1 grau incompl.	3 filhos	21-30 anos	sim	Não bebia	Aumentou
28	39	1 grau incompl.	2 filhos	11-20 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
29	67	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	21-30 anos	sim	Não bebia	Aumentou
30	54	1 grau compl.	3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou
31	52	1 grau incompl.	+ de 3 filhos	21-30 anos	sim	esporadicamente	Aumentou

QUADRO 01: caracterização da amostra. Coletado de dezembro 2005/ janeiro 2006.