



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS
PÚBLICAS

KAREN LOREN CHAVES ROSSAS

OLHARES E PERCEPÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE USUÁRIAS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III DE
MARACANAÚ

FORTALEZA - CEARÁ

2019

KAREN LOREN CHAVES ROSSAS

OLHARES E PERCEPÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE USUÁRIAS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III DE
MARACANAÚ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Rossas, Karen Loren Chaves .

Olhares e percepções da dependência química de usuárias do Centro De Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III de Maracanaú [recurso eletrônico] / Karen Loren Chaves Rossas. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 145 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Helena de Paula Frota.

1. Mulheres. 2. Política de Saúde Mental. 3. CAPSad. I. Título.

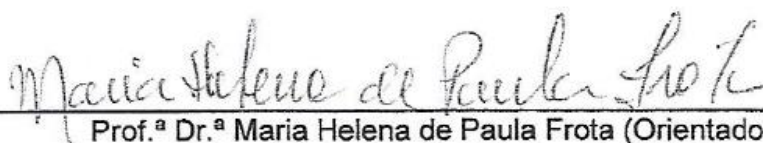
KAREN LOREN CHAVES ROSSAS

OLHARES E PERCEPÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE USUÁRIAS
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
III DE MARACANAÚ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 30/09/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Helena de Paula Frota (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof.^a Dr.^a Kelly Maria Gomes Menezes
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este estudo a minha amada avó, Lucila, que tanto me amou, apoiou e incentivou, e embora não esteja entre nós, continua viva em meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Francisca e Jairo Rossas, meus pais, que me ensinaram os valores que verdadeiramente importam para a vida.

Ao meu irmão Thiago Aragão, que é um grande presente enviado por Deus.

Ao meu namorado Jeová Wides, pela compreensão da ausência de desfrutar de sua companhia e pela paciência durante o decorrer deste estudo, quando me encontrava com irritabilidade fácil.

A Ana Karine Freitas e Nívia Cavalcante, pelo apoio institucional, por acreditarem no meu crescimento profissional e pela sensibilidade demonstradas.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, pelos conhecimentos adquiridos e em especial à coordenação do curso Prof. Dr. Horácio Frota, que nos proporcionou esta oportunidade.

A minha orientadora, Professora Helena Frota, pela disponibilidade e afetuosidade demonstradas durante o transcorrer deste estudo.

Aos colegas do Mestrado com os quais tive o prazer de compartilhar esse período de luta, numa reciprocidade de harmonia, conhecimento e apoio.

Às mulheres que realizam tratamento no CAPSad e seus familiares, pela oportunidade de compartilhar suas vivências e realizar este estudo.

Às amigas, Martha Lopes, Carolina de Lourdes, Roberta Aragão, Lia Albuquerque, Anecy Vitorino, Rita Paula e Maria do Livramento Paula, pela amizade e disponibilidade em todas as horas, principalmente nas horas de ausência para a elaboração deste estudo.

Aos todos os profissionais da Rede de Saúde Mental de Maracanaú, que tanto me apoiaram na realização desta pesquisa.

Agradeço a todos aqueles que, muito embora não tenham sido mencionados acima, tenham contribuído para o alcance de mais essa conquista em minha vida.

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas não é um fenômeno recente, como circunda o imaginário popular. A utilização de drogas segue a evolução da humanidade desde os primórdios da civilização, tendo sido utilizada por todas as sociedades com diferentes propósitos. Porém, somente na atualidade o uso de drogas psicoativas assumiu um caráter abusivo, manifestando-se como um sério problema da saúde pública em todo o mundo. O uso de álcool e outras drogas por mulheres embora seja menos frequente nas estatísticas em comparação aos homens, vem sendo identificado como uma problemática crescente nas últimas décadas. Este estudo objetivou investigar as percepções acerca da dependência química para mulheres atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSad III) e pesquisar a situação socioeconômica e cultural das mulheres em tratamento, bem como identificar as causas e investigar as consequências da dependência química em suas vidas. A pesquisa de natureza qualitativa, seguiu os passos teóricos de autores como: Amarante (1995) Silveira (2000), Laranjeira (2003). E foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial ao usuário de Álcool e outras Drogas III (CAPSad III) na cidade de Maracanaú – Ceará. Constituíram-se como sujeitos desta investigação (10) dez mulheres em tratamento no CAPS-ad III. Utilizamos como técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada e observação participante. Para fins de análise, seguimos os princípios da análise temática.

Palavras-chave: Mulheres. Política de Saúde Mental. CAPSad.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances is not a recent phenomenon, as it surrounds the popular imagination. The use of drugs follows the evolution of mankind since the beginnings of civilization, having been used by all societies with different purposes. However, only nowadays the use of psychoactive drugs has taken on an abusive character, manifesting itself as a serious public health problem around the world. The use of alcohol and other drugs by women although less frequent in statistics compared to men, has been identified as a growing problem in recent decades. This study aimed to investigate the perceptions about the chemical dependence for women attended at the Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs III (CAPSad III) and to research the socioeconomic and cultural situation of women under treatment, as well as identify the causes and investigate the consequences of chemical dependence on their lives. The research of a qualitative nature followed the theoretical steps of authors such as: Amarante (1995), Silveira (2000), Laranjeira (2003). And it was performed at the Psychosocial Care Center for the user of alcohol and other drugs III (CAPSad III) in the city of Maracanaú - Ceará. Ten women undergoing treatment in CAPSad III were constituted as subjects of this research (10). We used data collection techniques: semi-structured interviews and participant observation. For analysis purposes, we follow the principles of thematic analysis.

Keywords: Women. Mental health policy. CAPSad.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMP	Associação Beneficente de Pajuçara
AVISA	Área de Vigilância à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Política sobre Drogas
CRES	Célula Regional de Saúde
DISAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	CONTEXTUALIZANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	20
3	ABORDANDO O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	38
4	NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE GÊNERO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	64
5	PERCURSO METODOLÓGICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
5.1	CONSTRUINDO UM CAMINHO METODOLÓGICO.....	83
5.2	SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL DAS MULHERES.....	85
5.3	OLHARES E PERCEPÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA PARA AS MULHERES.....	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	REFERÊNCIAS.....	128
	APÊNDICES.....	142
	APÊNDICE A – PERFIL DO ENTREVISTADO.....	143
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	145

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado ao longo da história por um processo de transformação no âmbito da política de saúde. Para compreender a situação da saúde brasileira, faz-se imprescindível um sucinto resgate das políticas de saúde no país em sua conjuntura histórica, vinculada, portanto, ao contexto econômico, político e social brasileiro.

As políticas de saúde no país vêm sendo alvo de polêmicas e contradições há pelo menos um século. Podemos evidenciar as primeiras grandes iniciativas de saúde pública na capital da República, com as campanhas contra a peste e a febre amarela, protagonizadas por Oswaldo Cruz.

O século XX configurou-se por avanços institucionais na área da saúde brasileira, tendo em vista que o Ministério da Saúde foi criado em 1953, evoluindo de um ministério múltiplo para um ministério duplo, composto pela saúde e educação e, posteriormente, para um ministério único. A tradição “campanhista” de sua gênese e sua centralidade no controle de doenças e o saneamento foram cedendo lugar a uma nova estrutura.

Ressalta-se que, a conquista dos direitos sociais tem se efetivado a partir de reivindicações da população brasileira, fato que também ocorreu em outros países. Assim, no processo de redemocratização do país as lutas por atendimento das necessidades de saúde da população foram bastante pujantes.

A origem do Sistema Único de Saúde (SUS) reside na organização de um eloquente movimento sanitarista na década de 1970, consistindo na busca da afirmação do binômio saúde e democracia, em uma conjuntura marcada por contestações e resistências ao regime autoritário. A sociedade brasileira se mobiliza durante o processo de redemocratização do país, reivindicando por liberdades civis e bens coletivos como mecanismos de redução das profundas desigualdades de renda e de acesso a políticas e serviços públicos. Conforme Lima (2005, p. 16),

na nova constituição, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos. Sob o preceito constitucional “Saúde direito de todos e dever do Estado”, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do Executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes – do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais da saúde e do setor privado. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização.

Desta forma, a Constituição Federal de 1988 foi denominada de “cidadã”, em virtude de garantir direitos e deveres pertinentes à sociedade e ao Estado. Seu capítulo sobre

saúde é único em textos constitucionais, onde é compreendida como dever do Estado e direito de todos os brasileiros, sendo seu acesso igualitário e universal. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência em saúde é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Outra inovação foi a definição da gestão participativa, bem como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 regulamenta o SUS e define ordenamentos institucionais, que junto às Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs) nos anos subsequentes, complementa a letra constitucional e molda o processo de implantação da política de saúde no Brasil juntamente com a Lei nº 8.142/90, que trata da participação popular no controle desta política.

As NOBs definem fóruns de negociação e deliberação com assento para novos atores políticos gerados pelo SUS, tais como as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), composta por representantes do Estado e dos Municípios e Tripartite (CIT), que congrega representante da União, dos Estados e dos Municípios. Esses fóruns se somam às instâncias de participação e controle social, definidas na Lei Nº 8.142/90, tais como as conferências de saúde e os conselhos de saúde. (LIMA, 2005).

A criação e implantação do SUS no Brasil têm sido analisadas como uma importante reforma na área social, entretanto o SUS encontrou entraves para a sua concretização devido à invasão do ideário neoliberal no país e a oposição de segmentos conservadores. Em outros termos, os setores contrários aos princípios constitucionais na área da saúde mobilizam-se e buscam a desconstrução no processo de implementação do SUS, que deveria ser efetivado a partir dos referenciais definidos pela Constituição Federal de 1988.

O SUS consiste em uma obra-prima inacabada e com muitos desafios, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua construção aglutina, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra hegemônico defrontando-se com interesses corporativos e mercantilistas, cenário de lutas onde a participação da sociedade continua sendo imprescindível (BRASIL, 2006).

Na ressonância da construção de um sistema público de saúde descentralizado e que garanta o atendimento integral, destaca-se o uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas como maneira de dissimular ou transpor as vivências diárias conflituosas, bem como a obtenção de prazer.

A utilização de drogas segue a evolução da humanidade desde os primórdios da civilização. Todas as sociedades fizeram uso delas com diferentes propósitos e segundo as crenças vigentes. Entretanto, na atualidade o uso de drogas psicoativas assumiu um caráter

abusivo, manifestando-se como um sério problema da saúde pública em todo o mundo, cujos prejuízos e consequências não se limitam ao usuário, mas difunde-se por todas as áreas de atuação do indivíduo como família, trabalho, vizinhança e comunidade.

Em meados do século XX, a dependência química tornou-se grave problema de saúde pública em nível mundial, representando um vasto impacto social, biológico e econômico. Este fenômeno apresenta-se como um dos maiores desafios a serem enfrentados por governantes, profissionais de diversas áreas de conhecimento, familiares e indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, em virtude do crescente número de casos e da alta complexidade de fatores que envolvem esse transtorno (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL et al., 2011).

O uso da substância química por si só é um dos fatores presentes no desenvolvimento da síndrome de dependência. Acrescenta-se a este, outros fatores como o próprio indivíduo e a sociedade, que são fundamentais para a ocorrência desse transtorno mental e, por consequência, para o surgimento de impactos negativos em diferentes âmbitos da vida (ROCHA; ROCHA JR, 2010; DIEHL et al., 2011).

Drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. As alterações causadas por estas variam de acordo com as características da pessoa que as usam, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida (SILVEIRA, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso abusivo de drogas antecede a dependência química, que consiste em um padrão mal adaptativo ou perigoso de uso de quaisquer substâncias psicoativas. Este modo de consumo frequentemente está vinculado a impactos negativos, entre eles, repetidos fracassos em cumprir com as obrigações, problemas legais, sociais e interpessoais (WHO, 2013).

Já a dependência química se desenvolve quando há um padrão de repetição de uso da substância psicoativa, estando geralmente relacionada à tolerância, à abstinência, ao comportamento compulsivo de consumo e à impulsividade subjetiva de consumo (fissura). Embora este último não esteja especificamente relacionado como um critério para a classificação da dependência, a constatação de fissura é útil para diferenciar a dependência do uso abusivo de drogas (WHO, 2013; DSM V, 2014).

Conforme dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2017, no ano de 2015 estima-se que cerca de 250 milhões de indivíduos em todo o mundo faziam uso de drogas.

Deste universo, aproximadamente 29,5 milhões de indivíduos apresentaram transtornos que envolvem o consumo de drogas, incluindo a dependência. (UNODC, 2017).

O uso abusivo de álcool e outras drogas por mulheres embora seja menos frequente nas estatísticas em comparação aos homens, vem sendo identificado como uma problemática crescente nas últimas décadas (UNODC, 2017). Este fato vem ganhando visibilidade nos últimos anos e constitui-se em um desafio para a sociedade e para as políticas públicas, sobretudo para a política de saúde.

Contudo, se por um lado as mulheres estão mais visíveis, uma vez que se elevou o consumo de substâncias psicoativas entre elas. Por outro lado, continuam “invisibilizadas”, pois o envolvimento com drogas continua sendo compreendido predominantemente a partir da ótica masculina. Este fato frequentemente coloca as mulheres em posição de desvantagem, sendo alvo de intervenção tardia e possivelmente dupla estigmatização (mulher e usuária de drogas).

Assim sendo, o consumo de substâncias psicoativas está cada vez mais frequente entre as mulheres. Esta realidade vem ganhando um quantitativo cada vez maior e, principalmente nas últimas décadas, esse aumento foi considerável, contudo os estudos direcionados ao uso de substâncias psicoativas pelas mulheres são poucos (CARLINI et al., 2006; DIEHL et al., 2011).

Conforme dados do Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, no ano de 2006, aproximadamente 41% das mulheres brasileiras acima de 18 anos beberam ao menos uma vez no ano, em comparação a 65% dos homens. Deste universo de mulheres, 33% consumiram etílicos “em binge”, ou seja, ingeriram cinco ou mais doses na ocasião em que mais beberam no ano de 2006 (LARANJEIRAS et al., 2007).

No que se refere às outras drogas, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil identificou a maior prevalência de uso na vida de cocaína, tabaco, alucinógenos, crack e esteroides entre os homens. Já entre as mulheres foi identificado que estas tiveram um consumo mais elevado na vida de benzodiazepínicos, anorexígenos e analgésicos (CARLINI et al., 2006).

No que tange aos adolescentes, foi observado que nos últimos anos houve uma certa convergência das taxas de consumo de álcool entre homens e mulheres. Os dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontam que meninos e meninas já consomem etílicos com frequências semelhantes.

Entretanto, os meninos ainda apresentam uma taxa bem mais elevada em termos de quantidade de consumo (LARANJEIRAS et al., 2007).

Ressalta-se que a diferença entre homens e mulheres em relação ao uso de outras substâncias em comparação aos adolescentes brasileiros é similar a dos adultos. Os adolescentes do sexo masculino também demonstraram um maior uso na vida de tabaco, maconha, cocaína, crack, solventes e esteroides, ao passo que as adolescentes do sexo feminino, apresentaram uso prevalente de anorexígenos, benzodiazepínicos e analgésicos (CARLINI et al., 2006).

Partimos do pressuposto que o envolvimento de mulheres com o universo das drogas possui um recorte de gênero, sendo bastante singular a forma de envolvimento, repercussões em sua vida e representações sociais deste fenômeno.

O envolvimento de mulheres com álcool e outras drogas é entrecortado por fatores sociais, econômicos, culturais, religiosos, morais, afetivos e de gênero, que demonstram a complexidade do tema. A relação com as drogas não se limita ao ato de consumir propriamente dito ou mesmo de traficar algum tipo de substância psicoativa, mas engloba a convivência na condição de mulher exercendo seus diversos papéis sociais (esposa, mãe, etc).

Compreende-se então que, há várias diferenças da dependência química entre homens e mulheres. Nas últimas décadas, muitos pesquisadores têm referido diferenças nos padrões de uso de substâncias entre homens e mulheres, assim como diferenças de gênero no que se refere às consequências nos campos psicológico, físico e social.

Alguns autores que abordam o tema tratado têm apontado rebatimentos do envolvimento das mulheres com as drogas, tais como: abandono de suas famílias, afastamento dos filhos, perda de emprego, envolvimento em atividades violentas e prática de sexo sem proteção. Diversos autores ainda defendem que há relação simbiótica entre prostituição e uso compulsivo de drogas. Assim, os efeitos psicológicos da droga, as diferenças metabólicas, as comorbidades psiquiátricas e físicas e as questões socioculturais e genéticas são distinções básicas entre os sexos (GOMES, 2010; DIEHL et al., 2011; NAPPO, 2004).

Para realizar a interface drogas e mulheres, o estudo da categoria gênero é primordial. Adentrar com essa perspectiva de análise pretende superar a invisibilidade da mulher neste campo e lançar luz em um panorama mais coerente com a realidade.

A elaboração do conceito de gênero evidencia o intercâmbio entre a produção acadêmica e o movimento feminista, enquanto movimento social que abalou as pilastras das estruturas hierárquicas de gênero. O conceito de gênero, enquanto ferramenta política e analítica, intenta rejeitar as explicações para as desigualdades entre homens e mulheres

ancoradas nas diferenças biológicas (SCOTT, 1995). Enquanto categoria analítica, este conceito evidencia a dimensão cultural que apresenta um papel estruturante no fenômeno de tornar-se mulher ou homem. Assim sendo, gênero consiste em um conceito eminentemente relacional.

O uso abusivo de drogas tornou-se um problema de saúde pública e faz-se mister uma política direcionada a uma intervenção mais exitosa, sobretudo no que se refere à prevenção e ao tratamento. Porém, a oferta de profissionais capacitados para atuarem com dependentes químicos é bastante reduzida.

Uma das principais áreas a receber o impacto causado pelo uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas é a área da saúde. Muitos e diversificados são os problemas relacionados à saúde da população e qualidade de vida, que tem elevado de modo significativo os custos sociais, demandando atuações urgentes e eficazes por parte dos diferentes segmentos do governo e sociedade civil organizada. O consumo de substâncias psicoativas traz tanto consequências clínicas como psiquiátricas para seus usuários.

Neste sentido, as atuações do governo para o tratamento de dependentes destas substâncias passaram a integrar a rede de atendimento na área da saúde mental, estando incluídas no processo da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Para tanto, foi necessário reformular o processo de cuidado, a gama de serviços necessários a serem prestados, a compreensão de adoecimento mental e a compreensão de dependência química, bem como a legislação do país, abrindo caminho para a Reforma Psiquiátrica.

O processo da Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo em diversos países ocidentais, após a Segunda Guerra Mundial, tomou vigor e impulso no Brasil a partir da década de 1990, enquanto iniciativa articulada entre os três níveis gestores do SUS. Pela via normativa, o Ministério da Saúde, atendendo às recomendações da Conferência de Caracas, expediu a partir de 1991, regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica, regulamentando os Serviços Terapêuticos, definindo claramente as responsabilidades dos gestores na assistência farmacêutica com transtornos mentais, determinando auditoria especial nos hospitais psiquiátricos e proporcionando discussões com vistas a consolidar o processo em curso. (BRASIL, 2002).

Nas experiências de reformas nos diversos países, as vias escolhidas foram a legislativa, no âmbito dos parlamentares, ou a normativa, praticada pelos respectivos Ministério da Saúde. No Brasil, o poder legislativo tem tido grande influência na implementação das políticas públicas nesse campo [saúde mental], sobretudo com a aprovação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental – que contou com o apoio explícito e determinado do Ministério da Saúde. Antes dela oito leis estaduais e várias municipais já se encontravam em vigor (BRASIL, 2002).

Com a proposta de viabilizar maior adesão ao processo terapêutico, de proporcionar uma aproximação maior entre a família, a equipe e o paciente, bem como conceder melhor entendimento da intervenção e estruturação de um novo modelo de saúde mental. Gestou-se na segunda metade do século XX, um movimento cujo ponto central era questionar o modelo asilar de características manicomiais como única maneira de cuidar daqueles que são acometidos com alguma obscuridade da ordem do psíquico, na mente humana.

A internação em hospícios e, conseqüentemente, a exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais, passou a ser fortemente questionada no país a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. Formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental, o movimento incorporou as famílias dos pacientes, os próprios pacientes e ganhou força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, posteriormente, do advento do SUS, com a Lei nº 8.080, de 1990 (MACHADO, 2005).

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos e nos novos serviços substitutivos em saúde mental - especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - marca um processo indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista de melhoria da atenção (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS correspondem às instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a estratégia primordial do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004)

Os objetivos dos CAPS são fornecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e multidisciplinar eficiente e

personalizado, através do gerenciamento dos Projetos Terapêuticos Singulares, bem como a reinserção social do usuário através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, cultura, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Embasada nestas proposições, a cidade de Maracanaú, município localizado na região metropolitana do Estado do Ceará, tem demonstrado grande interesse em aplicar este novo modelo de atenção à saúde mental desde a reorganização dos serviços de atenção à saúde, tendo como bandeira os princípios doutrinários e organizativos do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.

O município de Maracanaú situa-se na região metropolitana de Fortaleza, com população de aproximadamente duzentos mil habitantes, com alta densidade demográfica distribuída em apenas 82 km, ou melhor, uma média de 2.250 pessoas coabitando por km². O referido município sofre muitas das problemáticas comuns a outros municípios de seu porte, com alto índice de violência, desemprego, pobreza, dependência química, dentre outros.

Maracanaú iniciou a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município em 2005 com a implantação de um CAPS tipo II, seguido pela instauração de um CAPSad tipo II em 2008 e a habilitação deste em 2015 para CAPSad tipo III. O CAPS Infantil iniciou suas atividades em 2010 e atualmente a RAPS conta com a interlocução com as 07 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 64 equipes da ESF.

Conforme mencionado o CAPSad foi fundado em dezembro de 2008, oferecendo atendimento especializado ao dependente químico e sua família, em caráter ambulatorial e/ou internação, não restringindo sua intervenção ao tratamento e reabilitação dentro desta instituição, mas estendendo-se à atenção primária e ações de promoção da saúde, debatendo e atuando em diversos segmentos do município sobre a problemática em tela. Há cerca de três anos foi habilitado como um CAPSad tipo III, que funciona 24 horas, incluindo finais de semana e feriados e possui oito leitos de desintoxicação. Dessa forma, o CAPSad III busca trabalhar sob a ótica da promoção da saúde, prevenção de transtornos e reabilitação psicossocial.

Diante do relatado, as categorias de análise foram: política de saúde mental, álcool e drogas, bem como gênero. A relevância deste estudo se dá em meio a uma discussão recente no cenário brasileiro que engloba o consumo de álcool e drogas por mulheres. O intuito do estudo não consiste em dar respostas definitivas sobre o assunto, mas contribuir para a

discussão do tema e defender a incorporação de um olhar de gênero na compreensão do fenômeno das drogas.

Contudo, há de se reconhecer que no Brasil ainda há uma escassez de análises sobre o uso de álcool e substâncias psicoativas a partir de uma perspectiva de gênero, sobretudo entre as mulheres. Os resultados da análise sob a perspectiva de gênero podem descortinar a fragilidade das políticas públicas direcionadas para as pessoas que as utilizam, que não têm suas reais necessidades atendidas.

É necessário ressaltar que nosso interesse por temas envolvendo dependência química surgiu desde o início da vida acadêmica na Universidade Estadual do Ceará, cuja trajetória foi permeada pela realização de pesquisas e intervenções na área de drogas e violência, tendo continuidade como objeto de estudo durante o atendimento aos usuários do CAPSad, uma vez que compomos a equipe multidisciplinar desta instituição desde a sua implantação em 2008. E no desempenho da função de Assistente Social, constatamos que se faz mister não só conhecer as usuárias de álcool e de outras substâncias psicoativas, mas traçar estratégias para a melhor adesão das mesmas ao tratamento para dependência química. Após a coleta e análise destas informações temos a expectativa de apresentar direcionamentos para uma assistência especializada e adequada às necessidades efetivas das usuárias com transtorno decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ressalta-se que estou inserida no campo da saúde mental enquanto pesquisadora e enquanto profissional desde 2005, tendo iniciado minha trajetória no CAPSad de Sobral no referido ano e dando continuidade compondo a equipe multidisciplinar do CAPSad III de Maracanaú.

A compreensão das mulheres que consomem qualquer substância acerca do fenômeno da dependência química influencia de forma efetiva no tratamento das mesmas e na sua adesão ao acompanhamento terapêutico, bem como a identificação das causas e consequências atribuídas para o abuso/dependência de álcool e outras drogas, tem contribuição relevante no processo de reinserção psicossocial do paciente, podendo inclusive redirecionar o projeto terapêutico global da instituição para este público. Devemos considerar ainda que, as representações sociais sobre o fenômeno do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas por mulheres são construídas social, histórica e culturalmente e, ao estarmos inseridas nessa sociedade, podemos ter dificuldades em descortinar o estigma que engloba as mulheres dependentes químicas.

Por entendermos que o tema é de grande relevância para as políticas públicas brasileiras, em tempos de aumento do uso abusivo de drogas e/ou álcool pelas mulheres, levada a efeito por diversas causas, pela inquietação profissional que nos causa e com a

intenção de poder ouvir dos sujeitos deste estudo, as possíveis respostas aos questionamentos: quais as percepções acerca da dependência química elaboradas por mulheres usuárias de álcool e/ou outras drogas? Qual a situação socioeconômica e cultural das mesmas? Quais as causas atribuídas pelas mulheres usuárias para o consumo de álcool e/ou outras drogas? Quais as consequências do uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas em suas vidas?

Assim, considerando as questões acima descritas delimitamos como objetivo geral da pesquisa que ora se apresenta: investigar as percepções acerca da dependência química para mulheres atendidas no Centro de Atenção psicossocial para Álcool e outras Drogas III (CAPSad III) de Maracanaú. A partir deste objetivo nos voltamos para a compreensão dos objetivos específicos: pesquisar a situação socioeconômica das mulheres em tratamento de abuso/dependência química, identificar as causas atribuídas pelas mesmas para o consumo de álcool ou outras drogas, bem como investigar as consequências do uso abusivo ou dependência de álcool e de outras substâncias psicoativas em suas vidas.

Para melhor compreensão do leitor, o trabalho está estruturado da seguinte forma: no capítulo que segue a esta introdução, Contextualizando a Reforma Psiquiátrica, apresentamos as orientações atuais do Ministério da Saúde quanto à criação e funcionamento dos CAPS no país, discutindo o movimento da Reforma Psiquiátrica; em Abordando o Fenômeno da Dependência Química, tratamos da discussão que gira em torno do fenômeno à luz de autores como Silveira (2000), Laranjeira (2003), dentre outros; e em Notas Introdutórias sobre Mulheres, Álcool e outras Drogas, abordamos sucintamente as discussões sobre gênero em sua interface com a drogadição. Em seguida construímos nosso caminhar Metodológico no capítulo Percurso metodológico e no capítulo denominado Resultados e Discussão buscamos desvendar os olhares e as percepções acerca da dependência química para as mulheres, a partir da análise das falas das interlocutoras da pesquisa. Por fim apresentamos as Considerações Finais seguidas dos Anexos e das Referências Bibliográficas.

2 CONTEXTUALIZANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A conceituação da loucura tem variado conforme o contexto histórico no qual se inserem os seus personagens, bem como onde estão balizadas as noções de normalidade e anormalidade. Em períodos distintos da história a “loucura” foi considerada de várias formas: uma manifestação dos deuses, possessão demoníaca, privação da verdade, etc. Na Idade Antiga, por exemplo, o indivíduo com transtorno mental era considerado um indivíduo especial, sendo detentor de poderes divinos e tendo uma convivência livre em sociedade. Portanto, não havia a necessidade de sua exclusão da sociedade. Já na era clássica houve uma modificação substancial, na qual a loucura passou a ser considerada um mal social, sendo indicado o seu isolamento social.

Desde os primórdios da humanidade aqueles que padecem de algo “obscuro” da ordem do psíquico, são ignorados, sendo considerados “loucos”, “feiticeiros” ou “possuídos pelo demônio”, e desse modo eram tratados. Perambulavam pelas ruas das cidades, sem lar ou família, sob a égide da discriminação e do preconceito.

Desordens mentais e emocionais têm ocorrido em todos os povos, da época mais recuada até o presente. A linha divisória entre a normalidade e a anormalidade em dada comunidade ou grupo social tendem a avaliar o comportamento daqueles com quem entram em contato e interagem no cotidiano a partir de alguma concepção do normal baseada em critérios culturais (ROSEN, 1980). Concordamos com as palavras de Freitas quando diz que:

se a identidade social do anormal, como uma construção histórica, mantém alguma continuidade no transcurso da civilização, é a de que, em todas as épocas, o meio social identificou, por algum critério, indivíduos que possuíam alguma(a) característica(s) que não faziam parte daquelas que se encontravam entre a maior parte dos membros desse mesmo meio – não pela simples presença de uma diferença, mas pelas consequências que tais diferenças acarretavam às possibilidades de participação desse sujeito na construção coletiva de sobrevivência e reprodução de diferentes agrupamentos sociais, em diferentes momentos históricos (FREITAS, 2001, p. 46).

A existência das doenças mentais é tão antiga como a vida, mas não a sua identificação, a sua interpretação e os tratamentos aplicados, que vêm sendo mudados com o decorrer do tempo para acompanhar os padrões culturais, socioeconômicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade (ESPINOSA, 2000).

Dessa forma, os fenômenos mentais desenharam um caleidoscópio de compreensões, crenças, significações e conotações em épocas e sociedades distintas, obedecendo ainda a critérios baseados em pré-nocões, preconceitos e interesses. Os

considerados loucos foram confinados, excluídos e esquecidos ao longo de anos, aguardando que a sorte ou o acaso lhes trouxesse à libertação.

Para Amarante (1995), Pinel, um dos pioneiros da Psiquiatria Moderna, considerava a doença mental como problema de ordem moral e postulava o isolamento como instrumento fundamental para o tratamento, dando subsídios para a observação dos sintomas para sua posterior descrição. É a partir de Pinel que surge a principal e primeira expressão da figura do médico clínico como aquele que trataria a pessoa com algum transtorno mental. O modo de lidar com os indivíduos com transtorno mental pode ser constatado na seguinte consideração:

o enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocada na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número de pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris – reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas – poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com 500 mil habitantes (DESVIAT, 1999, p. 15).

Assim, os considerados indesejáveis foram confinados nestas instituições, através da efervescente construção de hospícios e hospitais para pobres ou criminosos, mendigos, vagabundos, pessoas sem domicílio, sem trabalho, prostitutas e tantos outros indivíduos que não se enquadravam nos padrões sociais, políticos e econômicos da época, foram relegados a viver atrás dos muros de instituições e sob a ótica do silêncio. Amarante (1995, p. 24) refere-se assim sobre os hospícios:

durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de hospedaria. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante este período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura de desrazão.

Os manicômios eram, na verdade, locais de internação dos mais diferentes tipos de desajustados de tal forma que adentravam seus muros mulheres de conduta extravagante, visionários, paralíticos, criminosos, e isso ao ponto de, em 1737, o Hospício de Bicêtre passar por ampla reforma, objetivando uma divisão mais racional de sua população, agora vivendo em pavilhões separados para “loucos”, internados por cartas régias, pobres, paralíticos, doentes venéreos, delinquentes e crianças de correção (FREITAS, 2001). Foucault (1978, p. 78) assim relata sobre a criação dos manicômios:

a internação é uma criação institucional própria do século XVII (...). Com isso, a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença. Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o *Rei Lear*, era *Dom Quixote*. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na Fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e às suas noites monótonas.

As pessoas reclusas simbolizavam uma ameaça à ordem social e à lei vigente. Sendo nos hospitais da época onde ocorreram a conhecida “institucionalização da loucura”, um espaço de exclusão social e confinamento definido pelo humanista espanhol Luís Vives, citado por Desviat (1999, p. 16): “instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta em certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pai, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida”.

Assim, o que determinava o confinamento nos asilos não eram os critérios médicos, mas o caráter de exclusão e a não adaptação de seus internos à dinâmica da produção, articulação e acúmulo de riquezas, pois nesta época havia a predominância da ideia de que a pobreza e a ociosidade eram tratadas como indisciplina, constituindo um empecilho à ordem social.

Com base nessa instância não médica da ordem monárquica e burguesa, situada nos limites da lei, e nesse aniquilamento absolutista do desvio e da indigência, jurisdição sem apelação possível, estabeleceram-se, nos anos constitutivos da legalidade contemporânea, o manicômio e a Psiquiatria como especialidade médica, diferenciando as formas de loucura ou alienação mental e seus espaços de reclusão (DESVIAT, 1999). Com a promulgação da lei sobre os alienados, na França, em 1838, a Psiquiatria e o manicômio foram legitimados em termos administrativos e jurídicos. A reclusão dos alienados mentais era considerada algo terapêutico, pois o afastava das intervenções negativas do mundo externo, dando repouso ao cérebro.

O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloquente do absolutismo, tinha que ser abolido. Suprimidas as *lettres de cachet* – ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime – o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes. Tratava-se de distrair a loucura, ocupando o espírito e o corpo, em lugares - os manicômios - nos quais os pacientes ficassem isolados, pois assim se atuaria “diretamente sobre o cérebro e se [condenaria] esse órgão ao repouso, afastando-o das

impressões irritantes, reprimindo a vividez e a mobilidade das impressões e moderando a exaltação das ideias” (ESQUIROL, 1991 apud DESVIAT, 1999, p. 17).

Essa era a precondição do tratamento alienista, do tratamento moral. Era preciso isolar o paciente da sociedade – de um meio, uma comunidade que gerava uma série de distúrbios. Para curá-los era preciso confiná-los, interná-los em lugares apropriados: os asilos (Esquirol, um dos primeiros alienistas, cunhou essa palavra fugindo do termo hospital, então ainda pejorativo). A Psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade. A loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura (ESQUIROL, 1991 apud DESVIAT, 1999, p. 17).

No novo Direito instituído pela Revolução Francesa, no entanto, não cabiam os recolhimentos arbitrários dos diversos grupos de desviantes, e a cidadania exigia que se regularizasse a situação dos enclausurados nos chamados hospitais gerais; aos criminosos, um processo; aos idosos, um asilo de cuidados; e a quem merecesse, a liberdade. O “louco”, desprovido de razão, era incapaz de discernimento quanto ao contrato social. Sua inadequação a esse contrato não podia ser vista como desobediência passível de punição, ao contrário dos cidadãos que, dotados pela razão da capacidade de conhecer, firmar e respeitar o contrato e que o descumpriam. Persistia, contudo, a necessidade social de reclusão do “louco”, justamente por sua incapacidade de cumprir e respeitar o contrato social (TENÓRIO, 2001).

O período foi marcado pela crença na ciência e no progresso, havendo a possibilidade de reconhecimento de uma parcela de razão no “louco”, abrindo caminho para discussões e o diálogo entre o paciente, o médico e o tratamento moral. Nesta linha de raciocínio, os “alienados” passaram a ser compreendidos como sujeitos inteiramente incapazes judicialmente, mas passaram a ser tutelados pela psiquiatria.

O indivíduo com transtorno mental foi reconhecido como “cidadão” merecedor dos cuidados terapêuticos por parte do Estado na mesma operação em que se negou a ele tanto o atributo simbólico que define o cidadão, a razão, a faculdade de responder pelo que diz e a possibilidade de dizer a verdade, quanto ao exercício efetivo da cidadania e a exercer os atos da vida social e civil (TENÓRIO, 2001).

Nesse contexto, a internação passou a se justificar por razões médicas: a mesma ausência de razão que tornava o “louco” inimputável fazia dele um doente merecedor de cuidados. De todo modo, se não foi a obediência ao contrato foi a falta de razão que excluiu o indivíduo com transtorno mental do convívio social, ou mesmo do contrato social; e o tratamento que deveria receber, internado, tinha como objetivo a restituição da razão. Em tudo

isso, o que estava em jogo era a vinculação entre cidadania e razão: o indivíduo com transtorno mental, porque desprovido de razão, não era um cidadão pleno (TENÓRIO, 2001).

Essas circunstâncias deram ao manicômio funções que podem ser delimitadas com clareza e que devem ser conhecidas e mantidas muito presentes na hora da desinstitucionalização, no momento de pensar em como é possível demonstrar os manicômios, para evitar alternativas insuficientes. Em primeiro lugar, uma função médica, terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo. Em segundo lugar, uma função social. O manicômio, desde suas origens, converteu-se num refúgio para “loucos” pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida. Por último, havia uma função de proteção da sociedade, perante um grupo populacional que geralmente era impossível de classificar por meio de psicopatologia ou da psiquiatria, que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria (DESVIAT, 1999).

Basaglia citado por Machado (2005) defendia que o hospício foi construído por uma razão: para controlar e reprimir trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. Ele afirmava que o tratamento imposto por médicos e psiquiatras não passava de uma camisa-de-força alienante, com a finalidade única de devolver o paciente ao círculo produtivo, isto é, o trabalhador, transformado em mercadoria, tratado mais uma vez como mercadoria.

A psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promíscuo dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas (DESVIAT, 1999).

As críticas à eficácia do asilo não tardaram a se produzir, mas foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa (DESVIAT, 1999). Amarante (1998, p. 27) refere-se a este momento dizendo que:

o período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições do grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental. Seu ato de libertação dos loucos ressignificou práticas e fundou um saber/prática que aspirava reconhecimento e território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental [...]. Assim, as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial.

Vasconcelos (2008) aponta como as razões principais do processo de reforma psiquiátrica: inicialmente, o reconhecimento por parte da Psiquiatria convencional após a Segunda Guerra do caráter anacrônico e iatrogênico de suas práticas, sendo impelidos a responder à demanda urgente por tratamentos de maior eficácia clínica, para a recuperação de soldados traumatizados durante a guerra. Em seguida, o contexto de escassez de força de trabalho em virtude da morte de soldados nos campos de batalha e os processos de investimento em Estados de Bem-Estar Social na Europa, com extensa demanda por políticas de saúde e saúde mental de cunho universalizante e mais eficazes.

O autor complementa que nesta conjuntura, em alguns países específicos, contexto sociopolíticos de democratização, de processos revolucionários ou de efervescência de movimentos populares ocasionam processos de afirmação de direitos civis e políticos, sobretudo para os indivíduos confinados nas denominadas instituições totais, bem como favorecem a formação de movimentos sociais diretamente na esfera da saúde mental.

Amarante (2003) adverte que um conjunto significativo de críticas ao manicômio e à sua visão da doença mental e do tratamento, assim como uma gama de vivências práticas daí decorrentes, datam de épocas bem anteriores à Segunda Guerra Mundial, contudo somente a partir daquele momento histórico ganham eco e repercussões suficientes para servirem de ideário de transformação.

As características sociopolíticas de cada país e, mais concretamente, de seu sistema sanitário, juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica. O tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e seu grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento da saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental. Em um sistema como o dos Estados Unidos, extremamente caro e pouco solidário - a doença e a invalidez, por exemplo, são uma responsabilidade individual -, as experiências de Psiquiatria comunitária não podem passar de “tentativas-piloto”, feitas com pequenos grupos marginais, e não nos deve causar estranheza que a desinstitucionalização adquira, exceto em poucos estados, características selvagens, uma vez que os pacientes crônicos externos aumentam o já elevado número de pobres abandonados à

própria sorte. E tampouco representam um marco ideal para a sociedade francesa centralizada e seu sistema liberal de saúde, no qual a saúde pública continua a ser um setor marginalizado (DESVIAT, 1999).

O autor ainda acrescenta que a busca de alternativas para o manicômio estabelece o segundo fator de diferenciação, pois, ou se pretende sua transformação em uma instituição terapêutica, como é o caso da psicoterapia institucional ou da comunidade terapêutica, ou se propõe seu fechamento como precondição da reforma, como é o caso da Psiquiatria territorial italiana ou da desinstitucionalização nos Estados Unidos.

Há de evidenciar, portanto, que a doença mental tem sido vista de diferentes maneiras. Em determinadas épocas e em determinadas sociedades ela foi encarada como possessão; em outros momentos e espaços sociais foi compreendida como desequilíbrio da totalidade dos indivíduos; em outros ainda, como reação do organismo em busca de cura; ou mais modernamente, como um desvio quantitativo do funcionamento regular do ser humano (FREITAS, 2001).

Tentando criar novas formas de enfrentar o transtorno mental, existem conceitos comuns que norteiam esta discussão, como a superação do manicômio e da psiquiatria custodial. Estas correspondem às ideias que foram sendo, mais ou menos desenvolvidas na prática e sempre condicionadas pelas peculiaridades da estruturação sanitária de cada país, estão presentes nos postulados teóricos de todas as experiências de reforma psiquiátrica iniciadas depois da Segunda Guerra Mundial, constituindo as categorias primordiais de uma cultura universal da reforma. Temos como exemplos as iniciativas de transformação da Psiquiatria vividas na Europa e nos Estados Unidos como a psicoterapia institucional francesa, a desinstitucionalização italiana, as comunidades terapêuticas inglesas e, em menor escala, a Psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana (TENÓRIO, 2001).

A década de 60 do século passado corresponde ao período germinativo em nível mundial de modelos que se contrapõem ao modelo tradicional hospitalocêntrico, como a Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. A Psiquiatria Comunitária propunha a prevenção do transtorno mental e uma aproximação com a saúde pública, já a Antipsiquiatria Inglesa contrapunha-se à concepção clássica da loucura enquanto doença e propunha uma atenção na comunidade. A Psiquiatria Democrática Italiana rompe com o paradigma clínico e psiquiátrico ao buscar a desconstrução dos aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que o balizam, bem como reivindica a emancipação e reinserção social do indivíduo com transtorno mental.

Diante do exposto, podemos afirmar que houve uma convergência de esforços visando à humanização no trato com pacientes que demandam cuidados psiquiátricos no mundo e também em nosso país. Pode-se observar esta informação através da implantação de significativas modificações na assistência envolvendo a saúde mental e na consolidação da Reforma Psiquiátrica. Percebe-se uma reestruturação da política de saúde, condizente com a reforma sanitária e configurando-se como uma teia de intervenções que possam garantir a assistência integral às pessoas com adoecimento doente mental.

Realizando uma contextualização, Amarante (1995) refere que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve como gatilho o evento denominado crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, no qual os profissionais de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (órgão do Ministério da Saúde encarregado da formulação das políticas de saúde) iniciam uma greve em 1978, seguindo-se a demissão de profissionais e estagiários. A crise é deflagrada e surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), visando configurar-se em um locus de reivindicações não institucionais, debatendo e propondo modificações na assistência psiquiátrica.

Inseridos neste processo de modificação no âmago da compreensão e tratamento da loucura, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental teve uma relevância singular na formulação teórica, bem como na organização de novas práticas e intervenções.

O atual movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira teve como período de germinação a luta mais ampla da sociedade pela redemocratização da nação, na segunda metade da década de 1970. Trata-se de um processo histórico impulsionado por circunstâncias próprias do Brasil, que amadureceu segundo as exigências concretas que enfrentou e as soluções particulares que desenvolveu, sem a importação colonizada de modelos. Assim, no Brasil o percurso da reforma seguiu a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, previstos na Lei Federal que institui o SUS.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve forte influência da Reforma Psiquiátrica italiana, cujo idealizador, Franco Basaglia, visitou o País em 1979, disseminando informações para o fomento da luta nacional pela busca da cidadania da pessoa de transtorno mental.

Amarante (1995) salienta que, a reforma psiquiátrica no Brasil teve como ator e sujeito político fundamental o MTSM. É do referido movimento de onde surgem propostas de reformulação do sistema assistencial e organização de novas práticas. No campo jurídico-político as principais transformações tiveram início a partir do Projeto de Lei Nº 3.657/89, do deputado Federal Paulo Delgado. Este projeto dispõe sobre a regulamentação dos direitos da

pessoa com transtorno mental em relação ao tratamento e indica a extinção progressiva dos manicômios, com sua substituição por outros recursos extrahospitais.

Somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional e inúmeras modificações no projeto de Lei Federal proposto pelo Deputado Paulo Delgado, é que este foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República em 06 de abril de 2001 - Lei N ° 10.216, representando uma conquista singular no tocante à inclusão social da pessoa com transtorno mental e modificações no âmago da assistência psiquiátrica no Brasil.

Está sendo considerado Reforma Psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, fundamentado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental mas, também e sobretudo, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que configura essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

Ainda de acordo com Amarante (1995), a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser analisada a partir de três momentos. O primeiro momento consiste numa trajetória alternativa, decorrente do contexto dos últimos anos da ditadura, em que o afrouxamento da censura faz emergir as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos, que passam a questionar a estrutura e a organização de poder, as políticas sociais e econômicas e as condições de vida e trabalho, em que é denunciado a falta de recursos, a negligência, as fraudes, as corrupções, as violências e as torturas, principalmente nos hospitais psiquiátricos e a tentativa de utilização da Psiquiatria como instrumento de controle social.

Nesta época, conforme o autor, começa a surgir um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas psiquiátrico-psicológicas e a influência dos trabalhos de Foucault (2005), Goffman (2005), Castel (1987) e Baságlio (1985).

O segundo momento corresponde à trajetória sanitária que teve início nos primeiros anos da década de 1980, quando parte considerável do movimento de reforma sanitária passa a ser incorporada como política pública. Nesta época, no campo específico da saúde mental, traduz-se por uma racionalização, humanização e moralização dos hospitais psiquiátricos e a criação de ambulatorios como alternativa à internação.

O terceiro momento configura-se em uma trajetória de desinstitucionalização, tendo início na segunda metade da década de 1980, marcada por eventos importantes como o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental (promovido pela Coordenadoria de Saúde

Mental do Estado de São Paulo, em 1985), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (em 1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (em 1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Vale ressaltar que durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, é instituído o lema “por uma sociedade sem manicômios” e estabelece uma nova proposta de ação para a saúde mental. Foi criado ainda nesse Congresso, o Movimento da Luta Antimanicomial e eleição do dia 18 de maio como sendo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O ponto central das discussões corresponde à substituição de uma saúde mental centrada no hospital por uma saúde mental embasada em dispositivos substitutivos, diversificados, abertos e de cunho comunitário e territorial.

Amarante (2003) refere que o Movimento da Luta Antimanicomial se inscreve neste contexto, tendo como intuito uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional e a modificação do lugar social direcionado ao louco. Busca-se reverter o processo de limitação do indivíduo ao estatuto de doente mental, de corpo doente, desconstruindo o estigma e retomando a dimensão da cidadania, do desejo e da contratualidade. O lugar do indivíduo com transtorno mental não deveria mais ser confinado nos espessos muros dos hospitais psiquiátricos, mas espalhando-se nos espaços de sua comunidade.

Machado (2005) acrescenta que o movimento da reforma psiquiátrica caracterizou-se por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que tinham um objetivo: transformar. Transformar a relação da sociedade com o doente, transformar a instituição e o setor médico-psiquiátrico, transformar as próprias práticas, estabelecidas séculos antes, do lidar com as pessoas que apresentam transtornos mentais.

Segundo Delgado (2004), o período de 1990 a 2003 congrega a máxima intensidade política e normativa da reforma psiquiátrica. Um ano antes, em 1989 iniciara-se e experiência decisiva de Santos, sob a liderança de David Capistrano Filho. Também em 1989, alguns trabalhadores de saúde mental se reuniram em torno do projeto de lei proposto pelo Deputado Paulo Delgado. O autor relata ainda que em 1987 alguns trabalhadores haviam convencido o governo estadual a alugar um casarão próximo à Avenida Paulista, para criar algo chamado CAPS, nome de origem sandinista que naquele momento significava muito pouca coisa, e que veio a ser o primeiro CAPS.

O movimento, nesse momento, deixou transparente à sociedade que não bastava humanizar os hospícios, melhorar o ambiente manicomial ou ampliar o número de profissionais dessas instituições. A intenção era muito mais abrangente: em lugar dos

manicômios, a proposta era inserir o “louco” no convívio social, resgatar a cidadania dos que passaram anos de suas vidas trancafiados, sofrendo maus tratos e humilhações (MACHADO, 2005). Delgado complementa dizendo que

no ambiente altamente propiciatório dos debates sempre tensos sobre a sociedade sem manicômios, catalizados pela perícia parlamentar da lei que propunha a extinção progressiva do modelo hospitalocêntrico, o Estado foi finalmente cumprindo sua parte. Normas surgindo, decisões foram sendo tomadas, e enfrentamentos eternamente adiados – especialmente com o aparato hospitalar – passaram a ser o cotidiano dos gestores e militantes que assumiam a causa da reforma (DELGADO, 2004, p. 333).

Tenório (2001) conclui que o movimento atual da reforma psiquiátrica corresponde a uma inovação da Psiquiatria brasileira, nascida do reclame da cidadania do louco e desdobrada em um campo diversificado e amplo de saberes e práticas. A relevância analítica de localizar a cidadania como valor fundante e organizado desse processo decorre do fato de que a reforma é principalmente um campo heterogêneo, envolvendo a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo assim uma obra resultante da fusão de atores muito diferentes entre si.

Dentro desta compreensão, a Reforma Psiquiátrica objetivou fornecer à loucura uma resposta social diferente àquela que se resumia unicamente à intervenção de cunho manicomial e segregador. O movimento da Reforma Psiquiátrica tentou romper com o caleidoscópio de compreensões e intervenções da época, reinventando estes, para incluir a pessoa com transtorno mental na sociedade. Ademais, os movimentos de crítica ao modelo manicomial, pautados também em denúncias da violência praticada dentro dos espessos muros dos hospitais psiquiátricos e no combate à segregação das pessoas com transtorno mental foram decisivos para redirecionar a compreensão da loucura e suas formas de tratamento. Assim, paradoxalmente, surgiu o dispositivo chamado CAPS em nosso país

Entre 1991 e 1995, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de ir definindo os muros de uma reforma psiquiátrica que garantisse a construção da rede de serviços capaz de substituir eficazmente o sistema hospitalocêntrico. Algumas normas - como a Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 - tiveram impacto relevante e eficaz. Simultaneamente, diversos estados da federação, iniciando pelo Rio Grande do Sul, foram aprovando projetos de reforma psiquiátrica, acompanhando a Lei Federal proposta pelo Deputado Delgado (DELGADO, 2004).

Assim, os anos 1990 foram responsáveis pela disseminação de propostas de implantação dos serviços substitutivos aos manicômios, tais como os CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dentre outros. A década de 1990 foi o palco de implantação de

novas ideologias e a implementação de novos dispositivos, visando a reabilitação social do paciente com transtorno mental.

Segundo Amarante (1995), os NAPS e os CAPS configuram-se como as respostas mais eficazes e criativas, mas ressalva que a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais - em alternativa aos leitos dos hospitais psiquiátricos - também é realística e significativa. E complementa que a disseminação desta compreensão e sua aplicação deve ser perseguida com grande determinação nos anos posteriores.

Amarante (1995) também aponta que há de se considerar a municipalização das ações em saúde, configurando-se como uma atitude concreta, onde algumas iniciativas de alguns Estados e cidades, já podem ser consideradas experiências exitosas. No tocante à criação de normas legislativas, os Estados pioneiros foram: Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e o Distrito Federal.

Conforme mencionado anteriormente, o primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em marco de 1986 em São Paulo, denominado Professor Luis da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação deste CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que até então era o único recurso destinado aos usuários com transtornos mentais.

Reitera-se que, ao longo da década de 1990 e sob a forte influência da recente democratização do Brasil, criação e implantação do SUS e dos avanços da Reforma Psiquiátrica no país, conseguiu-se progredir na concretização da proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial por uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, que esteve na origem da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2003).

As portarias nº 189/91 e 224/92 instituíaam e definiam os CAPS como sendo os dispositivos de atenção em saúde mental, entretanto somente com a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde estabelece as modalidades dos CAPS, passando a serem assim divididos: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme está disposto abaixo:

CAPS I: é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana; **CAPS II:** é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas; **CAPS III:** é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana; **CAPSi:** é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se em referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos; **CAPSad:** é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, funcionando das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002, p. 112-113, grifo nosso).

Ressalta-se que a funcionalidade, a capilaridade e o funcionamento dos CAPS e da rede de serviços de base comunitária têm sido refletidos e aprimorados e foram publicadas outras portarias ao longo da última década, no qual destacamos: Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Em seguida houve a publicação da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o CAPSad para o atendimento nas 24 horas do dia, sendo este o ponto de atenção da RAPS destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. E somente em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.588/17, que amplia ainda mais a RAPS e institui uma nova modalidade de CAPSad, denominada CAPSad IV. Esta modalidade difere das anteriores devido estabelecer a obrigatoriedade de funcionar 24 horas por dia diretamente nos cenários de uso de drogas, todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana e feriados, bem como objetivar ao atendimento também de crianças e adolescentes (BRASIL, 2017).

Acrescenta-se que, em 2011 o Governo Federal lançou oficialmente o Programa denominado Crack é Possível Vencer, sob a responsabilidade compartilhada dos Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Justiça, com foco na prevenção, na reabilitação, reintegração social e combate ao tráfico (BRASIL, 2013). Este programa visa uma articulação

de ações baseadas em três eixos: prevenção, cuidado e repressão, pois tais iniciativas foram implementadas tendo em vista a gravidade que o consumo de crack representa aos usuários, seja no campo social e na saúde (VOLCOL; VASCONCELOS, 2013).

Ainda em 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR) como porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção à saúde. Assim, o Consultório na Rua corresponde a um equipamento itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, devendo trabalhar em parceria com as unidades básicas de saúde e com os CAPS, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial realizada em 2010 reafirma o CAPS como dispositivo primordial do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao manicômio, evidenciando sua função estratégica em articular a rede de serviços locais, bem como a necessidade de potencializar as diversas parcerias intersetoriais e de intensificar os vínculos entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas (BRASIL, 2004).

Amarante (2003) adverte que cabe aos novos serviços, pautados na lógica completamente adversa daquela que rege os hospitais psiquiátricos, o desafio de realizar a fratura com antigas práticas e com o reducionismo do indivíduo a “saberes psis”. Cabe ainda, auxiliar o usuário em sua incursão pela comunidade, fortalecendo sua reinserção social e a construção de projetos de vida, tecendo interfaces com outros setores. Desta forma, busca-se a modificação do lugar social da loucura e, em última instância, do espaço discursivo sobre loucura/doença mental, das práticas e saberes concebidos nos serviços, e das relações que se instituem entre usuários e trabalhadores.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta,

pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

Conforme estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, cerca de 3% da população, que representa cinco milhões de pessoas necessita de cuidados contínuos, pois são acometidos com transtornos mentais severos e persistentes e mais 9% da população precisa de atendimento eventual, apresentando transtorno menos grave (BRASIL, 2004).

De acordo com Ministério da Saúde, os CAPS visam:

prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Estratégia Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

Durante a reforma psiquiátrica, faz-se mister evidenciar que a saúde mental incorporou novos conceitos e saberes para o tratamento de pessoas com transtorno mental, onde destacamos a necessidade de profissionais capacitados para atuarem junto aos serviços de atenção básica e serviços especializados. Prioriza-se, portanto, a humanização do atendimento, a inclusão social e a assistência descentralizada, bem como a promoção da saúde em relação ao tratamento da doença mental.

Amarante (2003) refere que um CAPS não deve ser simplesmente um serviço novo, mas um dispositivo inovador, configurando-se enquanto um espaço de produção de novas práticas sociais para tratar a loucura, o sofrimento psíquico e a experiência diversa. Desta forma, configura-se ainda como um serviço inovador para a construção de novos conceitos, de novos estilos de vida e de invenção de vida e saúde.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o país contava até o final de 2017 com aproximadamente 2.549 CAPS, 583 Serviços de Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento, 1.328 leitos de saúde mental em hospitais gerais, vários ambulatórios e uma participação cada vez mais efetiva da realização de ações do campo da saúde mental na Atenção Básica, através do apoio matricial (BRASIL, 2018). De acordo com o Relatório de Gestão 2011-2015, específico da Saúde Mental:

entre as 5 regiões do país, a região nordeste é a que tem maior quantitativo de CAPS. Até dezembro de 2015, são 821 CAPS em números absolutos e em segundo lugar o sudeste com 801 CAPS. Observa-se que, dos 872 municípios elegíveis, 625 municípios possuem, sendo o CAPS I a principal modalidade com 501 em funcionamento para 144 CAPS II, apenas 22 CAPS III, 45 CAPSi, 84 CAPS AD, 25 CAPS ADIII. Analisando esses números em termos de parâmetro de cobertura (CAPS/100.000), o Nordeste praticamente empata com a região sul com cobertura de 1,11 (tomando como referência a projeção do IBGE para 2015, que estabelece uma população de 56.560081). (BRASIL, 2016, p. 14).

Quanto ao Estado do Ceará, em 1993 foi sancionada a Lei nº 12.151 relacionada à saúde mental no que diz respeito à extinção progressiva de hospitais psiquiátricos, mas houve manicômios que fizeram parte da história de suas regiões. O município de Iguatu materializou os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, inaugurando o primeiro CAPS, em 1991, sendo incentivo para a criação de outros dispositivos substitutivo no Estado, como é o caso da implantação dos CAPS nos municípios de Canindé e Quixadá dois anos depois (COSTA et al., 1999).

Vale ressaltar que a capital cearense só vai ter seu primeiro CAPS em 1998, fruto de um convênio entre a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) e o município de Maracanaú tenta acompanhar este processo histórico, reorganizando suas concepções e ações no campo da saúde mental, bem como modificando sua política de saúde mental em 2005.

Tendo em vista a importância de intervenções na área da dependência química, a implantação e o funcionamento de um CAPS para Álcool e outras Drogas III na cidade de Maracanaú é de grande valia. Este serviço funciona como sustentáculo junto aos usuários, familiares e instituições que abordam esta problemática, disponibilizando o tratamento para o uso abusivo ou dependência química de álcool e outras drogas para os municípios pactuados da 3ª Célula Regional de Saúde (3ª CRES). O CAPSad III de Maracanaú é referência regional para os municípios de Acarape, Barreira, Guaiúba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção.

De acordo com Laranjeira (2003), uma boa avaliação inicial é imprescindível para a continuidade do tratamento, podendo ser decisiva para o engajamento do indivíduo, bem como pode desencadear o processo de mudança antes da sua conclusão. O objetivo reside em coletar dados do indivíduo para o planejamento do projeto terapêutico, investigando ainda sua condição social e econômica.

Ribeiro e Laranjeira (2010) advertem que para o dependente químico o tratamento necessita ser disponibilizado facilmente, uma vez que as barreiras ou entraves propiciam o adiamento da procura por ajuda e reafirmam a dificuldade de adesão do tratamento por parte

do paciente. O tratamento não deve restringir o seu atendimento somente ao uso da droga, mas atender as várias necessidades do indivíduo, pois o dependente químico habitualmente sofre perdas significativas durante o período de consumo, que posteriormente irão desempenhar fatores estressores e comprometedores de seu tratamento. A condução do tratamento precisa ser constantemente avaliada e alterada de acordo com as necessidades do paciente, pois suas demandas podem modificar-se rapidamente.

Assim sendo, o CAPSad III de Maracanaú funciona em regime de “portas abertas”, ou seja, o paciente poderá buscar atendimento a qualquer momento que desejar. O CAPSad III funciona 24 horas por dia e em todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, atendendo tanto demanda espontânea quanto pacientes encaminhados da rede de saúde, rede socioassistencial e sócio-jurídica de Maracanaú, bem como os municípios pactuados da 3ª Célula Regional de Saúde.

Os CAPS, como serviços substitutivos inseridos no território, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar ações de apoio matricial, atuar de maneira articulada com as demais políticas públicas, bem como não reproduzir as antigas práticas manicomiais e hospitalocêntricas. É importante ainda, que os CAPS disponibilizem o acesso aos pacientes e familiares com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, assim como a realização de visitas domiciliares (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que a esfera da saúde pública é palco de inúmeras disputas e a saúde mental ora avança, ora sofre inflexões. Recentemente, em abril de 2019 foi publicado o Decreto nº 9.761, no qual a Política Nacional sobre Drogas foi alterada e apresenta um viés ostensivo contra a descriminalização das drogas e retira da referida política a redução de danos como percurso terapêutico, priorizando a abstinência total, bem como estimula e financia acolhimento nas comunidades terapêuticas.

A publicação desta política nestes moldes representa um retrocesso em relação à política de redução de danos que vinha sendo desenvolvida no país, bem como corresponde à prática mais utilizada nos países desenvolvidos. Enquanto a política de redução de danos é realizada nos CAPSad de todo o país, contando com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, as comunidades terapêuticas são majoritariamente vinculadas às igrejas e organizações religiosas, bem como geralmente não dispõem de equipe multiprofissional.

As mudanças são percebidas enquanto um grave retrocesso, pois além de não ter havido debate público com a sociedade, a nova política desconsidera a realidade do paciente e

a relevância da redução de danos, assim como abrem margem para desviar montantes significativos de recursos públicos a entidades filantrópicas, que além de não integrarem o SUS, raramente sofrem fiscalizações, e por serem em sua maioria entidades de cunho religioso, misturam o tratamento com a espiritualidade, indo na contramão da redução de danos. Assim, a nova política sobre drogas coloca o país na contramão da história e reafirma a prioridade das comunidades terapêuticas, incentivando o retorno à lógica manicomial e segregadora.

Pautados no exposto, podemos entender a saúde mental ao longo de um percurso histórico, o processo da reforma psiquiátrica no Brasil e os dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico implantados no país, contudo faz-se necessário contextualizar o fenômeno da dependência química, objeto de nossa pesquisa.

3 ABORDANDO O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A relação dos indivíduos com as substâncias psicoativas é bastante antiga. Assim, mostra-se equivocada a ideia de que a presença das substâncias psicoativas é um fenômeno novo no repertório humano. Na verdade, trata-se de uma presença contínua no tempo e que envolve não somente Medicina e Ciência, mas também magia, religião, cultura, festa e deleite.

A palavra droga, de etimologia controversa, poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume ou do holandês *droog*, substância ou folha seca. Toda substância psicoativa utilizada de forma abusiva que pode levar a manifestações de dependência (SEIBEL; TOSCANO JR., 2001).

Drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. As alterações causadas por estas variam de acordo com as características da pessoa que as usam, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida (SILVEIRA, 2000).

A OMS define droga como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Seibel e Toscano Júnior (2001) ainda referem que existem vários conceitos de droga na literatura e sintetizam como droga de abuso constituindo-se em uma substância que atua nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes ou tranquilizantes.

Desta forma, o termo droga é utilizado neste estudo para designar as substâncias psicoativas que quando absorvidas pelo organismo por diferentes vias (oral, endovenosa, inalada, etc.), alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central do indivíduo. Estas alterações provocam mudanças no estado de consciência e no senso de percepção do usuário, uma vez que as referidas substâncias podem atuar como depressoras, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central (LIMA, 1997).

A lista de substâncias na Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão, em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento) inclui: álcool, opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas), canabinóides (maconha), sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos), cocaína, outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína), alucinógenos, tabaco e solventes voláteis.

A história da humanidade sempre esteve ligada às plantas, em particular com aquelas que alimentam o espírito. Em Shanidar, no Norte do Iraque, há 60 mil anos, o homem de Neanderthal já tinha conhecimento de pelo menos oito plantas de comprovado valor medicinal (SEIDEL; TOSCANO JR., 2001).

Conforme estes autores, o uso de bebidas alcoólicas também é antiga e faz parte da história do uso de substâncias pelo ser humano, podendo-se encontrar registrado no Antigo Testamento relatos da embriaguez de Noé, assim como outras situações onde o álcool era responsável por pecados.

Balbuena (1994) afirma que na Bíblia encontramos menções a drogas e a venenos que, com quase toda certeza, devido à localização geográfica da Palestina – entre o Egito, a Ásia menor e a Pérsia – eram também conhecidas pelo judeu. Com dificuldade detectamos a recorrência de ‘bálsamos’, presentes em Gênesis 37, 25 (‘seus camelos estavam carregados de alcatira, de balsamo e ládano que levavam para o Egito) e em Gênesis 43,11, quando Jacó se refere aos melhores produtos da terra: um pouco de bálsamo e um pouco de mel, alcatira e ládano, pistácias e amêndoas. Em Jeremias 8,22 fala-se de Galaad, conhecida por ser a terra de bálsamos e aromas. Em Deuteronômio 29,18 na referência a plantas venenosas. E lá e cá, aparições de mandrágora, sabe-se também terem efeito anestésico narcótico, e serem capazes de, misturados ao meimendro e á beladona provocar visões encantadoras, alucinações, loucura e até mesmo a morte.

O uso de substâncias psicoativas tem acompanhado os indivíduos no decorrer da história, adquirindo diferentes significados ao longo dos anos, com marcantes transformações das funções dessas substâncias na vida de seus usuários. O uso pelos povos antigos estava mais relacionado à integração social ou à transcendência espiritual, principalmente em ocasiões festivas e ritualísticas. Não se tem indícios que as substâncias psicoativas tenham representado risco social e de saúde, durante este período.

Conforme reforçam Baptista, Cruz e Matias (2003) uma pessoa, em cada cinco - o que significa mais de um bilhão de pessoas no planeta -, procura na droga algo diferente daquilo a que está acostumado a ver e pensar. Já em 1928, um eminente toxicologista francês, Ludwig Lewin (apud DENIKER, 1979, p. 43), escrevia que: “à exceção dos alimentos, não existem sobre a terra substâncias que tenham estado tão intimamente ligadas à vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos, como as substâncias que modificam a percepção humana”. O arsenal atual é imenso: às centenas de produtos naturais, acrescentaram-se milhões de substâncias sintéticas produzidas por laboratórios, oficiais ou não oficiais, sem

contar com o que chamaremos de “intoxicados menores”, que demandam tabaco, café, chás, colas etc.

Assim, no decorrer da história da humanidade, verifica-se que o uso de substâncias psicoativas é tão antigo quanto a própria humanidade, sendo consumida tanto em usos de cunho medicinal ou mágico, bem como simplesmente na busca de prazer que estas substâncias propiciam. Ou, dito de outra forma, ao longo dos séculos a humanidade sempre se relacionou com as drogas pelas mais diversas razões, sejam culturais, religiosas, recreativas, místicas, como transgressão, como maneira de enfrentamento de problemas/sofrimentos existenciais ou como mecanismo de socialização ou isolamento.

Diante do abordado, percebe-se que a humanidade conviveu com o uso de substâncias psicoativas em todas as épocas e culturas, contudo há fortes indícios de que o consumo destas substâncias tem alcançado formas e proporções significativas durante este século, sobretudo nas últimas décadas.

As substâncias psicoativas com potencial de abuso são alvo da preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas nas últimas duas décadas, tornando-se cada vez mais precoce entre adolescentes e mesmo crianças. Paralelamente, a comunidade identifica problemas correlatos – como o crescimento da criminalidade e de acidentes automotivos, comportamento antissocial, abandono da escola, etc. (LARANJEIRA et al., 2003).

Há de se ressaltar o uso de drogas psicoativas por uma parcela bastante suscetível da população, que são as crianças e adolescentes, onde a experimentação inicia cada vez mais precocemente, configurando-se como um grave problema político, econômico e social.

Conforme explicita Knobel (1986), os jovens são caracteristicamente curiosos sobre o mundo em expansão e muito mais inclinados a correr riscos do que os adultos. O que, provavelmente, se dá para provar quão destemidos são, possuindo um aguçado senso de aventura, pois estes acreditam que não lhes sobrevenha alguma coisa desastrosa. Assim para muitos adolescentes, a experiência com a droga pode ocorrer por mera curiosidade, pelo desejo de ousar e em virtude da oportunidade. Alguns jovens entre 13 e 17 anos de idade já experimentaram ou fazem uso de algum tipo de droga.

Alguns dos fenômenos característicos da adolescência podem contribuir para a experimentação inicial com substâncias psicoativas ilícitas ou lícitas, dentre os quais destacamos a curiosidade pela novidade, a pressão do grupo para determinados comportamentos e o desejo da transgressão às regras estabelecidas pelo mundo dos adultos. Segundo Nery Filho e Torres (2002), a droga surgiria na adolescência, juntamente com a

emergência da sexualidade, o questionamento de antigas regras e a procura de maneiras próprias de viver. A adolescência é um período conflituoso para os jovens e para os familiares. Porém, segundo os autores, o uso de substâncias psicoativas não se inicia unicamente neste período, nem se constituiria como um problema exclusivo desta faixa etária.

O abuso álcool e outras drogas verificado nos últimos anos e suas consequências na vida do indivíduo e da sociedade é considerado atualmente um problema de saúde pública. Esta problemática vem se configurando cada vez mais preocupante e com grande impacto social, reivindicando maior atenção dos profissionais de saúde e governantes de todo o mundo.

Podemos evidenciar, ainda a presença das bebidas alcoólicas na cultura brasileira, no qual o ato de beber integra nossa maneira de ser social. Podemos afirmar que nossas festividades são regadas com o estímulo para a experimentação e consumo de álcool, vejamos alguns exemplos: o espumante no réveillon, a cerveja no carnaval, o vinho na semana santa, etc.

Ressalta-se que esta prática é antiga em terras brasileiras. Andrade e Espinheira (2009) revelam que no início da colonização quando os portugueses chegaram ao Brasil, encontraram o costume indígena de produzir e ingerir uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada *cauim*. Ela era utilizada em rituais, festividades, portanto, inserida em uma pauta cultura bem definida. Os portugueses logo aprenderam a fazer a cachaça, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, no processo de fermentação do caldo, encontraram um melaço que colocavam no cocho para os animais e escravos, denominado de “cagaça”, que depois veio a se chamar cachaça, destilada em alambiques de barro e, posteriormente, de cobre.

Büchele e Cruz (2010) evidenciam que na atualidade diversos tipos de substâncias psicoativas vêm sendo utilizados para uma gama infindável de finalidades. A experimentação e o uso dessas substâncias se elevam de maneira consistente em todos os segmentos da nação. Desta forma, percebe-se que uma grande parcela da população brasileira faz uso de algum tipo de substância lícita, como álcool, tabaco e medicamentos com finalidades diferentes (alívio da dor; reduzir a ansiedade; reduzir a sensação de cansaço ou de depressão; obtenção de prazer, entre outras). Dentre as substâncias ilícitas, os estudos apontam que as mais utilizadas são a maconha, a cocaína e os solventes.

No tocante a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2004).

Desta forma, o consumo de substâncias psicoativas configura-se como um problema de saúde pública no país. A utilização do álcool, da maconha, dos opiáceos, das anfetaminas e do tabaco, entre outras, têm desencadeado uma série de outros problemas ligados à saúde da população e ao bem estar social, tais como: dependência química, crises de abstinência, risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, desenvolvimento de carcinomas, aumento da criminalidade, acidentes no trânsito e no trabalho, violência doméstica, dentre outros (ALMEIDA; SCHEFFER, 2010).

Estudos da OMS indicam que de 10 a 15 % da população mundial sofrem de dependência química. No Brasil, o diagnóstico de abuso ou dependência de álcool e outras drogas atinge a uma população de 17 a 25 milhões de pessoas (FARENTINOS, 2003).

O consumo de substâncias psicoativas constitui-se como um fenômeno mundial cujas consequências atingem o usuário, seus familiares e a comunidade, nas instâncias física, psíquica e social. Na área física, geram doenças que podem levar à morte; na área psíquica, ocasionam a dependência psicológica e na área social, desencadeiam complicações com a família, trabalho, poder judiciário, vizinhança, etc.

Ademais, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida e cerca de um quarto é fumante. O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2 % da população mundial. A maconha é a mais consumida (144 milhões de pessoas), seguida pelas anfetaminas (29 milhões), cocaína (14 milhões) e os opiáceos (13,5 milhões), sendo nove milhões usuários de heroína. (LARANJEIRA et al., 2003).

Conforme dados da OMS, as políticas sobre álcool e drogas configuram-se como uma questão especial, uma vez que necessitam incluir a aplicação de Leis e outros controles sobre o suprimento de substâncias psicoativas e considerar a variedade de opções para fazer face às consequências negativas do uso de substâncias que configuram uma ameaça à segurança pública, além de atuarem na área da educação, prevenção, tratamento e reabilitação. A política deve fixar prioridades e delinear abordagens, com base nas necessidades diagnosticadas e considerando-se os recursos financeiros disponíveis (OPAS/OMS, 2001).

Compondo as estratégias para o enfrentamento do fenômeno das drogas no Brasil, na década de 1990 cria-se o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), sendo este o órgão responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), elaborada em 2002.

A Política Nacional Antidrogas promulgada através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 objetiva a construção de uma sociedade livre de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas por meio da redução da demanda e da oferta. Com este intuito, trouxe a compreensão da relevância de ações compartilhadas e integradas nos campos da saúde, educação e segurança (BRASIL, 2002).

Dentro desta compreensão, a PNAD tem como uma de suas linhas de frente a redução da demanda por drogas, além de estabelecer os objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, bem como redução de danos sociais e à saúde.

Somente em 2004 a SENAD iniciou um processo amplo de debate e realinhamento da Política Nacional Antidrogas, através da realização de seminários e fóruns regionais e nacional, envolvendo também a comunidade científica e segmentos da sociedade civil (BRASIL, 2005). Assim sendo, em 2005 publicou-se a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) por meio da Resolução nº 03 do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) de 23 de maio de 2005. Nesta nova política o discurso da “sociedade livre de drogas” é substituído pela compreensão da relevância de uma “sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”.

Com o intuito de superar o binômio abstinência-repressão no que se refere às drogas, a Política Nacional sobre Drogas prevê que os sujeitos tenham acesso ao tratamento adequado, tendo como objetivos:

conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências; Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade; Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia; Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento; Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis; Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade em geral; Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão; Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade; Assegurar, de forma contínua e

permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas; Manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda, (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados; Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica; Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde; Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde; Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade (BRASIL, 2011, p. 15-16).

Ressalta-se que somente em 2003 se dá a formulação da Política de Atenção Integral ao Usuário se Álcool e outras Drogas específica do Ministério da Saúde, reconhecendo o atraso histórico de inserção da dependência de álcool e drogas no campo da saúde pública, bem como trazendo para a responsabilidade do SUS em assegurar atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas. As diretrizes da referida política reiteram as legislações vigentes no país e estabelecem a estruturação de rede de atenção específica, sobretudo através da criação dos CAPS (BRASIL, 2003).

No que se refere à atenção à saúde, a Política Nacional sobre Drogas converge com a Política de Atenção Integral ao Usuário se Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, pois reitera o objetivo de implantar uma rede de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo ou dependência de álcool e de substâncias psicoativas. Assim, compreende-se que o tratamento, a recuperação e a (re)inserção social resultam da configuração de uma rede atenção integrada e articulada, garantindo a atenção integral e equitativa de saúde.

Entretanto, enquanto a política do Ministério da Saúde defende a construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos, a Política Nacional sobre Drogas reconhece e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde de pessoas em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. O esforço de conciliação de compreensões diferentes neste âmbito pode ser explicado pelo embate de interesses conflitantes entre representantes mais tradicionais (integrantes das comunidades terapêuticas, que defendem que a abstinência total como forma de tratamento) e representantes mais modernos (profissionais e militantes de programas de redução de danos).

Ademais, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde defende que a atenção nesta área se fundamenta nas ações de prevenção, tratamento e educação. Estas ações devem ser constituídas na interlocução no Ministério da Saúde com outros ministérios e a sociedade organizada.

Evidencia-se que em 2005 se deu a promulgação da Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005, que determina que as ações de redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolvam-se através de ações de saúde direcionadas a usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem cessar o referido uso, tendo como objetivo minimizar os riscos associados sem, necessariamente, alterar a oferta ou o consumo.

Em 2006 é aprovada a Lei nº 11.343, que institui e renomeia o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e estabelece medidas de prevenção do uso indevido, atenção e (re)inserção social de usuários e dependentes de drogas, em sintonia com a Política Nacional sobre Drogas. Esta lei reconhece as diferenças entre o traficante e o sujeito na condição de usuário, os quais possam ser tratados de modo diferenciado e enaltece a justiça restaurativa, cujo objetivo primordial é a ressocialização através de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal. Acrescenta-se que esta lei apresenta alguns avanços historicamente relevantes e reveladores de um posicionamento mais moderado em relação às drogas, bem como as atividades de repressão à produção e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas.

Mais recentemente, no ano de 2018 o Conselho Nacional sobre Drogas aprova resolução que prevê a elaboração de estudos e pesquisas objetivando a reflexão e um novo realinhamento da Política Nacional sobre Drogas.

No Brasil, os impactos negativos causados pela problemática das drogas, foram agravados pelo fato de o país haver evoluído de simples rota do primeiro mundo, especialmente da América do Norte e Europa, para se constituir em florescente mercado consumidor. Os estudos e pesquisas realizados no Brasil possibilitam verificar que o consumo de drogas está se tornando cada vez mais precoce e crescente na vida cotidiana dos cidadãos (BRASIL, 2002).

Segundo Cruz, Vargens e Ramôa (2010) o consumo de álcool, tabaco e outras drogas agrava os problemas sociais, instaura conflitos e sofrimento para os sujeitos e famílias e tem consequências econômicas consideráveis. Nesta conjuntura, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde os anos 1990 realçam a gravidade destes problemas,

acirrando e agravando condições de vulnerabilidade sobretudo em segmentos economicamente desfavorecidos da população.

Entretanto, diferentemente do senso comum, a experimentação de drogas não implica necessariamente no ingresso no processo de dependência, uma vez que muitos indivíduos conseguem manter o uso de substâncias psicoativas sob controle, evitando os efeitos danosos e o abuso ou dependência.

Na infância, o indivíduo vai agrupando e integrando percepções do vivido que o moldam como pessoa. Havendo neste processo, momentos de contestação, sobretudo no seio familiar, onde o adolescente indaga sobre as atitudes que lhes são impostas e solicita respostas coerentes às suas indagações. Dessa forma, há a construção do indivíduo enquanto sujeito. Durante esta descoberta, o indivíduo experimenta situações inesperadas, que conscientemente ou inconscientemente marcaram o vivido do indivíduo, abstraindo dessas experiências para si, um novo sentido para a sua vida, redefinindo valores, impressões e sentimentos. E na construção da nova consciência de si, o indivíduo irá assumir novas maneiras de posicionar-se defronte às situações da vida e de autoresponsabilização.

Dentre as diversas possibilidades de experiências que se apresentam aos jovens, defrontamo-nos com o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. O contato inicial ocorre frequentemente durante a adolescência. Nesta etapa da vida, o indivíduo enfrenta mudanças biológicas e psíquicas abruptas, sendo uma etapa bastante suscetível para o consumo de drogas, sobretudo pela instabilidade emocional e sensibilidade aflorada.

Silveira (2000) descreve as possíveis razões que podem levar o indivíduo a fazer uso de substâncias psicoativas: o surgimento de uma oportunidade e a escolha pela experimentação por parte do jovem; o imaginário de que o uso de substâncias psicoativas é excitante e ousado; o poder de transformação das emoções que a droga propicia; a influência do grupo no tocante ao consumo de drogas; a tentativa de amenizar sentimentos de solidão, de inadequação, baixa autoestima ou falta de confiança; e ainda, todo um bombardeamento realizado pela sociedade no tocante à imposição de felicidade para as pessoas, sem considerar que a abstração das frustrações é parte integrante da vida, devendo ser compreendida e transformada.

Baptista, Cruz e Matias (2003) destacam algumas evidências imprescindíveis para o estudo de substâncias psicoativas: a primeira é que a droga existe sem o toxicômano. O objeto droga, matéria inerte, existe e existiu em todos os tempos em todos os lugares. Diante desse objeto, a atitude dos indivíduos é variável segundo o espaço, a ideologia, o lugar, o momento sociocultural. Em um mesmo momento sociocultural, a atitude dos indivíduos é

variável, segundo a vulnerabilidade pessoal ligada à própria história do sujeito diante da falta. Toda a falta do ser humano remete a outra falta arcaica, e é nesta remessa que se situa a especificidade da dependência humana.

Inúmeras razões fizeram da comercialização de substâncias psicoativas um investimento dos mais rentáveis nas últimas décadas, proliferando a especulação da dependência e do consumo. E isso se relaciona tanto as drogas lícitas quanto às ilícitas. Há toda uma gama de interesses de grandes empresas e investidores em manter o álcool e o cigarro, por exemplo, legalizados no Brasil. Atualmente, as bebidas alcoólicas são produzidas por grandes empresas e anunciadas indiscriminadamente pelos meios de comunicação, em bem elaboradas propagandas comerciais, em todos os lugares e praticamente em todos os horários. Frequentemente as propagandas comerciais de bebidas exploram a figura da mulher sedutora e à disposição, realizando um forte apelo sexual. Outro aspecto interessante se refere à introdução nas propagandas de álcool de motivos infantis, tais como siris, tartarugas e lebres, com um evidente apelo dirigido às gerações mais jovens.

No tocante às drogas ilícitas, podemos perceber um comércio vinculado ao tráfico de armas, mesclando-se à comercialização oficial de exportação e importação. Sob a égide desta análise, políticas repressivas e policialescas, pautadas apenas na criminalização e perseguição do usuário, configuram-se como atitudes ineficazes e inoperantes.

A vinculação imediata ao uso de substâncias ilícitas com a marginalidade e com a violência dificulta uma visão mais ampla da questão. Nesta perspectiva, o impacto que o consumo de substâncias ilícitas ocasiona na unidade familiar, pode despertar reações de rejeição e segregação do usuário, favorecendo muitas vezes, para o aumento do consumo. Soma-se a isto, o preconceito que paira no imaginário social em relação às drogas, frequentemente conduz à banalização do consumo de substâncias psicoativas lícitas que, se usadas de maneira abusiva, causam efeitos tão destrutivos quanto às ilícitas.

Faz-se imprescindível a seguinte ponderação: as possibilidades de acesso de crianças e adolescentes ao universo das substâncias lícitas e ilícitas e ao tráfico correspondem a uma realidade presente e possibilidade concreta, em todos os segmentos de nossa sociedade, independentemente da classe social em que estão inseridos.

Soma-se a isso a crescente expansão do narcotráfico, sobretudo a partir da década de 1980, onde sua estruturação como crime organizado em âmbito transnacional, vem causando prejuízos sociais e econômicos significativos às nações do mundo inteiro (BRASIL, 2002).

Silveira (2010) coloca que o grande desafio da saúde pública na área de álcool e outras drogas consiste em implantar políticas públicas que propiciem e fortaleçam ações de prevenção.

Devemos ainda considerar que o uso abusivo ou a dependência de álcool e outras drogas é resultante de uma multiplicidade de fatores. Assim, o fenômeno da dependência é multidimensional. Nenhum indivíduo está predestinado a consumir álcool e outras drogas ou se tornar dependente devido ao convite de amigos. Conforme Zemel (2010), existem fatores que convergem para a construção de situações do uso abusivo, denominados de fatores de risco. Há ainda fatores chamados de proteção, pois corroboram para que o sujeito, apesar de ter contato com a substância psicoativa, tenha mecanismos de proteger-se. O autor refere que os fatores de risco são os que tornam a pessoa mais vulnerável a ter comportamentos que podem levar ao uso ou abuso de drogas, já os fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso ou abuso de drogas.

Büchele e Cruz (2010) advertem que os fatores de risco ou de proteção não são determinantes, simplesmente elevam ou reduzem, em diferente intensidade, a probabilidade de o indivíduo vir ou não a fazer o uso de drogas. A priori, torna-se imprescindível abordar a classificação clássica dos modificadores da atividade psíquica de Lewin, segundo Seibel e Toscano Jr.

Primeiro grupo: *euphoria* (calmantes da vida psíquica). São agentes que diminuem e eventualmente suspendem as funções da emotividade e da percepção no sentido maior do termo, em todos os níveis, tanto com conservação, quanto com redução ou supressão de consciência, colocando-se o indivíduo em um estado agradável de bem-estar físico e psíquico, com liberação dos estados afetivos. A esta série pertencem o ópio com seus compostos (morfina, codeína, heroína etc), assim como a coca e a cocaína; **Segundo grupo: *phantastica*** (agentes alucinógenos). Esta série compreende um conjunto de substâncias de origem vegetal muito diferentes por sua composição química e às quais convêm, no sentido próprio do termo, a denominação de *phantastica*, ou agente de ilusões. Os representantes desta série como o peiote (*Anhalonium lewinii*) e o cânhamo-indiano (*Cannabis indica*) dão lugar a uma excitação cerebral evidente, que se manifesta também sob a forma de deformação das sensações de alucinações, de ilusões e de visões; **Terceiro grupo: *inebriantia*** (substâncias embriagantes). São corpos acessíveis aos meios da síntese química, como o álcool, clorofórmio, éter, benzina. Após uma primeira fase de excitação cerebral, dá-se lugar a uma depressão da excitabilidade, indo eventualmente até um estado de supressão temporária da consciência; **Quarto grupo: *hypnotia***. São agentes do sono, tais como cloral, veronal, sulfonal, kawa-kawa; **Quinto grupo: *excitantia*** (estimulantes psíquicos). São substâncias de origem vegetal, que dão lugar a um estado de estimulação cerebral, sem alteração da consciência, percebida subjetivamente, com manifestações mais ou menos acentuadas. A este grupo pertencem substâncias de plantas que contêm cafeína, tabaco, betil (SEIBEL; TOSCANO JR., 2001, p. 72, grifo nosso).

O teórico Silveira (2000) afirma que a classificação básica das drogas é dividida em três tipos, de acordo com os efeitos que ocasionam no organismo: as drogas denominadas

depressoras são aquelas que diminuem a atividade mental, afetando o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais lenta. Essas drogas diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Alguns exemplos são os ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) e narcóticos (morfina, heroína). Já as drogas estimulantes correspondem as substâncias que aumentam a atividade mental, afetando o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais acelerada, cujos exemplos podemos citar a cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína, crack, etc. E as drogas chamadas alucinógenas são aquelas que alteram a percepção, provocando distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de maneira desordenada, uma espécie de delírio. Os exemplos são o LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas.

Convém esclarecer que as drogas podem ser produzidas em laboratórios ou extraídas do substrato de plantas, bem como estas podem penetrar no organismo de diversas formas, através de ingestão, inalação, absorção pelos tecidos, fricção na pele, aspiração, injetadas, dentre outros.

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. O tabaco foi o maior fator responsável pelas mortes nos Estados Unidos, em 1990, contribuindo substancialmente para as mortes relacionadas a neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, baixo peso ao nascer e queimaduras. O aumento do consumo de álcool está diretamente relacionado à ocorrência de cirrose hepática, transtornos mentais, síndrome alcoólica fetal, neoplasias e doenças cardiovasculares. Cerca de 3% dos indivíduos que procuram atendimento de emergência com queixa de *angina pectoris*, no Canadá, relataram consumo prévio de cocaína (LARANJEIRA et al., 2003).

Cabe salientar ainda, a classificação das drogas em lícitas e ilícitas. Os termos mencionados são utilizados por pesquisadores da área das toxicomanias e profissionais, obedecendo não só a critérios farmacológicos, técnicos ou científicos e variam de acordo com o contexto sociocultural.

Em nosso país, são consideradas ilícitas as drogas cuja comercialização e o consumo são vetados por lei (crack, maconha ecstasy, etc) e como lícitas aquelas em que a lei permite a comercialização e o consumo (álcool, tabaco e psicofármacos), podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como, por exemplo, o álcool, cuja venda é proibida a menores de dezoito anos e alguns medicamentos que somente podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Entretanto, esta divisão não é bem definida, já que existem algumas substâncias comercializadas livremente, que podem ser

usadas com o intuito de alterar a consciência do indivíduo, dentre os quais destacamos a cola de sapateiro, benzina e éter.

Comentando o exposto, esclarece-se que as drogas lícitas são aquelas produzidas e comercializadas legalmente, de acordo com a sociedade em que estão inseridas, já as drogas ilícitas são aquelas substâncias em que a comercialização é vetada, sob a alegativa de provocar riscos de causar dependência física ou psíquica. Porém, é imperativo esclarecer que tanto as drogas ilícitas quanto as lícitas podem provocar sérios prejuízos ao indivíduo.

De acordo com o I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado no ano de 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), com o apoio de SENAD, uma porcentagem de 48,3% dos adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos já fizeram uso de álcool, no mínimo, uma vez na vida. O referido levantamento nos sinaliza ainda que uma porcentagem de 68,7% da população pesquisada (entre 12 e 65 anos) já fez uso de álcool e que 11,2% dos entrevistados encontravam-se dependentes desta substância (BRASIL, 2004).

Segundo Nery Filho e Torres (2002), os estudos epidemiológicos evidenciam que as substâncias lícitas são responsáveis por diversos danos à saúde, como o consumo de álcool, tabaco, medicamentos sem prescrição médica e inalantes. Acrescentam ainda, os prejuízos causados pela associação álcool-condução de veículos e álcool-trabalho, e nem por isso se coloca a proposta de proibição dessas substâncias.

As drogas lícitas mais consumidas em nosso país são o tabaco e o álcool. Conforme Angerami-Camon (2003), um terço da população mundial é usuário de tabaco. E complementa que um em cada dois usuários de tabaco morre em consequência de doenças adquiridas em função do tabagismo. O tabaco mata cem vezes mais do que todas as outras drogas juntas, excluindo-se o álcool, que provoca muitas vítimas em ocorrências que poderíamos definir como “efeitos colaterais”, como acidentes automobilísticos provocados por embriaguez, além de brigas, esfaqueamentos, etc. Mas, em relação a danos de doenças provocadas ao organismo, é o tabaco que se mostra soberano, embora seja também arrasadora a destruição provocada pelo álcool no organismo.

O potencial de destruição do tabaco é lento, gradual e progressivo, consumindo seu usuário ao longo de anos e também suas vítimas em pequenas quantidades. O cigarro possui em seus componentes aerossóis e substâncias químicas, diversos componentes cujos principais são: nicotina, cotidina, alcatrão, carboxemo globina, tiosimato cádmio, cobre, ferro, dentre outros.

O álcool surge como sendo a segunda droga que mais destrói, isso em níveis de degenerescência orgânica, sendo imbatível nos casos considerados como “efeitos colaterais”. O consumo associado do álcool com outras drogas possui efeitos incontrolláveis e até irreversíveis pela combinação incongruente de seus componentes (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Conforme o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2007 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em parceria com a UNIAD (UNIFESP), uma porcentagem de 52% dos brasileiros acima de dezoito anos faz uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano. O referido levantamento ainda nos evidencia que, do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% de 1 a 4 vezes por semana. Estes dados são significativos quando pensamos em políticas públicas para atuarem no enfrentamento desta problemática (BRASIL, 2007).

Outro importante estudo intitulado “Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras e Outros Estudos”, realizado nas rodovias federais das 27 capitais brasileiras, abrangendo motoristas de carros, motos, ônibus e caminhões -particulares e profissionais -, foi lançada em 2010 e apontou, dentre outras coisas, que 25% dos motoristas entrevistados referiram ter consumido cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas (beber pesado episódico ou *binge drinking*) entre duas e oito vezes no último mês. Também demonstrou que os motoristas que apresentaram resultados positivos aos testes para álcool ou outras drogas tinham índices de transtornos psiquiátricos (depressão, hipomania/mania, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade antissocial, dependência/abuso de álcool ou outras substâncias) mais elevados que os motoristas que apresentavam resultados negativos nos referidos testes e estavam sóbrios (BRASIL, 2010).

De acordo com Angerami-Camon (2003), as drogas vendidas pelos traficantes são consideradas ilegais, sendo portanto, seus vendedores considerados criminosos e são passíveis de punição legal. Entretanto, é imprescindível salientar que a legalidade de algumas e a ilegalidade de outras não têm relação com seu poder de destruição nem na consideração e nos aspectos relevantes para a saúde pública.

Constata-se a ocorrência de um crescente aumento no número de internações motivadas pela dependência de drogas na rede do SUS. Segundo dados do Ministério da Saúde, o alcoolismo e o consumo de drogas ilícitas representam em conjunto, cerca de 20% do total de internações por transtornos mentais no país e 28% no Sul do país, de modo a ocupar a segunda causa de internação psiquiátrica (CEBRID/UNICEF, 2001).

Cabe salientar que, embora muitas pesquisas e intervenções sejam executadas, o estudo sobre o consumo de substâncias psicoativas ainda esbarra em diversos entraves, bem como a maioria das investigações que abordam esta problemática envolvendo suas múltiplas dimensões são raras, sendo a maioria dos estudos direcionados ao diagnóstico de situação e investigação sobre suas consequências.

Em relação ao álcool e a outras drogas, principalmente as ilícitas, vários estudiosos referem que existe uma forte conotação moral que causa entraves para abordagens mais adequadas e maior aproximação dos usuários e profissionais de saúde. Entretanto, percebem-se indícios de que modificações estão se processando na atualidade, tanto no que se refere à maior sensibilidade por parte dos profissionais sobre o fenômeno do uso de drogas, quanto pela desmistificação do caráter eminentemente moral relacionado ao consumo destas substâncias.

As inovações diagnósticas introduzidas nas últimas décadas, as investigações acerca da história natural da doença, bem como as novas técnicas terapêuticas (especialmente as intervenções breves) tornaram a dependência de substâncias psicoativas um assunto menos complexo e passível de ser conduzido por um espectro maior de profissionais. Desse modo, todos os profissionais da saúde tornaram-se fundamentais para o tratamento dos indivíduos portadores de tal situação (LARANJEIRA et al., 2003).

É interessante ponderar que, o uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas é uma condição mutável, sendo necessário que a mudança seja motivada e internalizada pelo indivíduo. Prochaska e Di Clemente (1992) apresentam um modelo transteórico conhecido por estágios de mudança, que define a prontidão para mudanças como estágios nos quais o indivíduo transita, havendo flutuações entre os diversos estágios. Esta compreensão sinaliza que a mudança constitui um processo e que existem estágios de mudança, bem como os indivíduos somente decidem modificar um determinado comportamento se estiverem num estágio em que identificam esta necessidade.

Os estágios descritos por Prochaska e Di Clemente (1992) são: a) précontemplação, neste estágio o indivíduo não compreende os prejuízos de seu comportamento e ainda não há o intuito de realizar mudanças, embora outros indivíduos tentem conscientizá-lo disto; b) contemplação, este estágio se configura pela percepção por parte do indivíduo dos prejuízos, contudo há a ambivalência quanto à perspectiva de mudança; c) preparação, nesta fase o indivíduo começa a construir tentativas para mudar seu comportamento; d) ação, o sujeito escolhe uma estratégia para a realização da mudança e implementa modificações nos seus hábitos; e) manutenção, neste estágio o indivíduo modifica

seu estilo de vida. Nesta fase os profissionais devem trabalhar a prevenção a recaídas e a consolidação dos ganhos obtidos durante a fase de ação, contudo há de se ter claro que as recaídas são comuns e o sujeito pode voltar diversas vezes para os estágios anteriores até atingir uma manutenção durante um longo prazo.

Conhecer os estágios do processo de mudança por parte dos profissionais vem se mostrando fundamental para traçar estratégias de intervenção em cada estágio de motivação do indivíduo. Na esfera do tratamento é primordial que uma avaliação cuidadosa que identifique a natureza, os conflitos e os objetivos adequados e possíveis no tratamento. De forma semelhante, o processo de tratamento deve perceber os fatores específicos que irão favorecer ou dificultar a conquista dos objetivos a serem atingidos. Neste contexto, a motivação é importante para investigar os diferentes fatores que podem ser apropriados aos diferentes estágios de mudança e servir de orientação para os profissionais.

No tocante ao uso e abuso, faz-se imprescindível esclarecer sobre a diferença do significado de cada um destes termos. O uso de substâncias psicoativas compreende o consumo de algum tipo de droga de forma esporádica ou recreativa. Como exemplo, podemos comentar o consumo de etílicos em determinadas ocasiões, o uso de psicofármacos sob orientação médica, ou ainda, o uso eventual de substâncias psicoativas ilícitas. Enquanto que, o abuso de substâncias psicoativas significa o consumo excessivo de qualquer droga, que ocasione danos físicos, psicológicos e sociais ao indivíduo.

Duarte e Morihisa (2010) referem que o uso de drogas corresponde à automedicação de qualquer quantidade de substância psicoativa, já o abuso de drogas pode ser compreendido como um padrão de uso que eleva o risco de consequências prejudiciais para o usuário.

De acordo com o padrão de consumo do indivíduo, isto pode ocasionar complicações para o mesmo. A OMS refere que o uso nocivo corresponde a um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde, podendo ser esse de natureza física ou mental. Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo. Tolerância é a necessidade de crescentes doses da substância para atingir o efeito desejado (LARANJEIRA et al., 2003).

De acordo com Nery Filho e Torres (2002), os critérios para o diagnóstico de uso nocivo, também conhecido como uso prejudicial ou abuso de drogas são: a manutenção do uso, a despeito de se saber dos problemas sociais, psicológicos ou físicos, persistentes ou

recorrentes, atribuíveis ou exacerbados pelo uso da substância; e o uso recorrente em situações em que esse uso pode ser fisicamente danoso.

Já a dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica (LARANJEIRA et al., 2003). A dependência deve ser considerada nos momentos em que a droga vai assumindo papel progressivamente mais relevante na vida do indivíduo. Cada vez mais suas atividades e seu círculo social vão sendo relacionados ao uso de drogas, havendo frequentemente o surgimento de problemas vinculados ao consumo, os quais podem ser familiares, jurídico-legais, sociais, financeiros, físicos, psíquicos, dentre outros (NERY FILHO; TORRES, 2002).

Os autores Seibel e Toscano Jr. (2001) referem que, para abordar o fenômeno da dependência para drogas, deve-se compreender que a exposição dos indivíduos é constante e durante um período longo. As doses variam conforme a pessoa busca obter um efeito agudo da substância. Em razão deste efeito almejado é que o usuário elege uma determinada droga e uma via de administração adequada para o tempo de manifestação de seu efeito. Este fato implica que, quanto maior é a necessidade, maior é a urgência de uso da droga, ou melhor, quanto maior for a compulsão, a via de introdução escolhida será aquela de maior velocidade de distribuição pelo organismo.

Silveira (2000) tenta explicitar melhor a dependência, analisando as duas principais formas em que ela se configura: a física e a psicológica. A dependência física configura-se pela presença de sintomas e sinais físicos que surgem quando o indivíduo cessa ou diminui bruscamente o seu uso, denominada síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. Nos usuários nocivos de álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos a náuseas, vômitos e inclusive um quadro de abstinência mais grave denominado *delirium tremens*, com risco de morte, em alguns casos. Enquanto que a dependência psicológica corresponde a um estado de mal estar e desconforto que aparece quando o dependente interrompe o uso de uma substância psicoativa. Os sintomas mais frequentes são: ansiedade, dificuldade de concentração, sensação de vazio, entretanto variam de indivíduo para indivíduo.

Devido ao consumo frequente de algumas drogas, o organismo reage através de um processo de adaptação biológica, denominado de tolerância. Dessa forma, com o objetivo de obter os mesmos efeitos, é preciso elevar as doses de ingestão da droga. Esta elevação pode conduzir à superdosagem, conhecida como overdose, sendo capaz de induzir a morte súbita por parada cardiorespiratória.

O diagnóstico de Síndrome de Dependência, conforme a Décima Edição da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID 10 – OMS) deverá ser realizado quando três ou mais dos critérios, forem relatados ou experimentados, em algum momento, durante o último ano:

um forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o consumo da substância, em termos de seu início, término e intensidade; um estado de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências manifestadamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, enfisema pulmonar consequente a períodos longos de consumo do cigarro, dentre outros (NERY FILHO; TORRES, 2002, p. 14).

Os efeitos de uma substância psicoativa são diferentes entre os indivíduos, dependendo basicamente da relação triangular entre o sujeito, a droga e o contexto social em que essa droga é consumida.

Silveira (2000) relata que cada tipo de substância psicoativa, com suas características químicas, tende a produzir efeitos diferentes no organismo. A forma como uma substância é consumida, bem como a quantidade e o seu grau de pureza também terão influência no efeito. Cada usuário, com suas características biológicas e psicológicas, tende a apresentar reações diversas sob a ação de substâncias psicoativas. É relevante ainda, o estado emocional do usuário e suas expectativas com relação à substância psicoativa no momento do uso. O contexto social também influencia o tipo de reação que a substância psicoativa pode produzir.

Com pertinência a importantes fatores de risco, a OMS considera como mais propensa ao uso de substâncias psicoativas a pessoa sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas, com uma saúde deficiente, insatisfeita com sua qualidade de vida, com personalidade deficientemente integrada e com fácil acesso às drogas (BRASIL, 1991).

Há de se ponderar sobre esta informação, pois ela nos sinaliza que: em condições cujo acesso à informação e à escolarização são difíceis, em condições precárias de saúde, vivendo em comunidades permeadas pela hostilidade e pela violência, a aproximação com as substâncias psicoativas é parte integrante do cotidiano.

Silveira (2010) refere que, o consumo abusivo de álcool é um significativo facilitador de situações de violência, elevando o risco de um indivíduo vir a cometer ou ser

vítima de comportamentos violentos. Entretanto, o álcool não se constitui como única causa e direta da ocorrência de situações violentas. Devendo ser considerados outros fatores, tais como os contextos sociais e culturais de cada situação, bem como os fatores de risco.

Outro importante fator a ser considerado é a possibilidade da presença de comorbidade. Laranjeira et al (2003) define comorbidade como a ocorrência de dois ou mais transtornos mentais ou com outras condições clínicas gerais. E complementa que a investigação da presença de comorbidades entre os usuários de álcool e outras drogas é salutar sob vários prismas, e entre eles a busca de tratamento. Concluindo que a melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência química.

Silveira (2000) afirma que a depressão é o transtorno que mais se associa ao abuso e à dependência de drogas. Outros transtornos frequentemente encontrados entre os dependentes são o transtorno de ansiedade, o obsessivo-compulsivo, os de personalidade e, mais raramente, alguns tipos de psicoses. Mais recentemente descobriu-se que indivíduos com transtornos neurocognitivos (de aprendizagem) estão mais propensos a se tornarem dependentes de drogas.

Cruz, Vargens e Ramôa (2010) também referem que a presença de complicações vinculadas ao uso de outras substâncias psicoativas e a presença de outro diagnóstico psiquiátrico (comorbidade) é comum entre usuários de cocaína e crack. A presença de uma comorbidade acentua a gravidade do quadro de consumo de substâncias e o uso de crack aumenta a gravidade da comorbidade. Da mesma forma, o tratamento da condição associada propicia melhor prognóstico em relação ao consumo de crack.

Conforme Boni e Kessler (2010) os indivíduos com comorbidades psiquiátricas e uso abusivo de drogas frequentemente apresentam maiores dificuldades para aderir ao tratamento e, geralmente, não apresentam bons resultados a abordagens terapêuticas direcionadas a apenas um dos transtornos. Desta forma, é importante combinar medicações e modificar as terapias psicossociais, agregando abordagens para ambos.

Similarmente a outras doenças o tratamento da dependência química direciona-se à redução de sintomas, havendo a necessidade do envolvimento da família e da comunidade. Há de se ressaltar períodos em que a enfermidade é controlada, entretanto uma característica preponderante é a existência da recaída em determinados períodos ao longo da vida do indivíduo.

O consumo crescente de álcool e substâncias psicoativas na atualidade infere danos tanto ao usuário quanto gera graves conflitos à família em que está inserida. E dentro

desta compreensão, o abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas por um de seus membros, deflagra uma série de conflitos e questionamentos no âmbito familiar, em primeira instância.

A priorização da família na elaboração e implantação das políticas sociais envolve obrigatoriamente programas de geração de emprego e renda familiar. Para as situações mais complexas que exigem a associação de diferentes conhecimentos no trato com a família, é imprescindível ainda, que seja estruturada uma rede de serviços mais especializados de orientação e acompanhamento a grupos familiares com dificuldades específicas (KALOUSTIAN, 1998).

Segundo Laranjeira et al (2003), o suporte social é imprescindível para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Deve-se fazer uma investigação completa, através da abordagem do usuário no trabalho e no núcleo familiar, a estabilidade da família e a cooperação desta durante o tratamento do paciente.

Assim, é imperativa a participação da família no percurso de reabilitação do dependente químico. Há a necessidade de, no mínimo, um membro da família em acompanhamento familiar como estratégia de fortalecimento dos vínculos entre o usuário e a família. A ausência de apoio familiar durante o tratamento do usuário, configura-se como um indicativo importante para que não se alcance as respostas esperadas.

Nery Filho e Torres (2002) afirmam que a questão da droga é complexa e inclui muitos fatores, levando-se em consideração que tensões familiares são desagradáveis e causam muitos malefícios, principalmente durante a infância e a adolescência. Porém, cada indivíduo reage de maneira particular às experiências concretas vivenciadas.

Por esta razão, um dos pontos que geram grande inquietação e discussão no tocante ao tratamento da dependência química consiste na adesão do usuário e de sua família ao acompanhamento. O ponto central pode residir na elaboração de um contrato terapêutico, em consonância com a realidade do usuário. A frequência dos pacientes nos serviços substitutivos irá depender do projeto terapêutico de cada um, elaborado a partir da relação resultante da tríade paciente, equipe multiprofissional e contexto social do paciente.

Ressalta-se que, para compreender a mulher em um universo percebido por muitos como predominantemente masculino, requer a retirada de vendas culturais que obscurecem e dificultam a compreensão do fenômeno da dependência química feminina. Ser do gênero feminino não implica fragilidade, mas engloba estigmas e medos que trazem vulnerabilidades que podem obstacularizar atitudes positivas ao se defrontar com

enfrentamentos colocados à mulher em situação de uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas.

De acordo com Ministério da Saúde, o CAPSad deve prestar assistência ao paciente, incluindo atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois turnos devem receber duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Acrescenta ainda que a equipe mínima para atuação em um CAPSad III para atendimento de 40 pacientes por turno, deve ser composta por: um médico clínico, um médico psiquiatra; um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou educador físico; quatro profissionais de nível médio: quatro técnicos de enfermagem e um técnico administrativo.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de doze horas: um profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de doze horas: um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os CAPSad III de referência regional, que superem os limites de um Município, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: dois profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico, acrescido de um técnico de enfermagem. Reitera-se que o CAPSad III de Maracanaú tem abrangência regional e atende aos municípios da 3ª CERES, a saber: Acarape, Barreiras, Pacatuba, Guaiúba, Redenção, Maracanaú, Maranguape e Palmácia.

O CAPSad pode e deve atuar de forma preventiva, como expressa o Ministério da Saúde:

a prevenção voltada para o uso abusivo e ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. A prevenção teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma escalada do uso e minimizar as consequências de tal uso (BRASIL, 2004, p. 24).

Um dos princípios que norteiam a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde consiste na adoção da lógica de redução de danos, baseando-se na compreensão que não existe o objetivo único de se chegar à abstinência, uma vez que o principal objetivo das ações de tratamento é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em tratamento para dependência química.

A lógica da redução de danos deve dar sustentabilidade ao planejamento, em uma ampla perspectiva de práticas direcionadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. Zemel (2010) refere que redução de danos também pode ser denominada de redução de riscos, consistindo em um conjunto de medidas individuais e coletivas, sanitárias ou sociais cujo intuito é diminuir os danos associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

Ainda segundo Zemel (2010) alguns estudos apontam cinco princípios para a redução de danos: constitui uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença; há o reconhecimento da abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos e sejam mais condizentes com a realidade; fundamenta-se na defesa do dependente; promove acesso a serviços de baixa exigência, ou melhor, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência (que geralmente exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário), bem como se fundamenta nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Os princípios da redução de danos são relativamente recentes e complementam outras medidas que visam diminuir o consumo de drogas como um todo. São baseados na compreensão de que diversas pessoas em distintos lugares do mundo continuam fazendo uso de drogas apesar dos esforços empregados para prevenir a experimentação ou o uso contínuo do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. A redução de danos também compreende que muitos indivíduos não conseguem ou não querem parar de usar drogas.

Figueiredo (2005) refere que redução de danos constitui um conjunto de estratégias que procuram minimizar as consequências adversas do consumo de drogas

psicoativas sobre a saúde, a sociedade e a economia. Nesse sentido, objetivando as seguintes metas: abstinência ou redução do consumo de drogas, prevenção da infecção pelo HIV e da transmissão de doenças entre usuários de drogas injetáveis e, uso de drogas substitutivas.

Quanto à política de álcool e outras drogas do município do Maracanaú, registramos que o mesmo inicia seu percurso para a implantação da atual Rede de Saúde Mental em consonância com o projeto nacional de inclusão da pessoa com transtorno mental e o desenvolvimento de um trabalho sob os meandros da promoção da saúde mental da população, materializada inicialmente em um CAPS tipo II e posteriormente na implantação de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial de Maracanaú é composta pelos seguintes serviços: CAPS II, CAPSad III e um CAPSi. Os referidos serviços estão em constante interlocução com as 07 equipes do NASF e as 64 equipes da ESF do município, resultando em ricas experiências compartilhadas.

Ressalta-se que, dentre as ações realizadas pela saúde mental de Maracanaú, ocorrem as reuniões mensais de matriciamento ou apoio matricial, que consiste em uma metodologia para gestão do trabalho em saúde baseando-se no estreitamento do relacionamento entre os serviços de saúde mental e atenção básica, compartilhando saberes e vivências. Chiaverini et al (2011, p. 13) referem que o matriciamento corresponde a “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Já Campos e Domitti (2007, p. 399) referem que:

o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

O apoio matricial em Maracanaú ocorre mensalmente nas seis áreas de vigilância em saúde e visitas mensais compartilhadas entre os profissionais da ESF, NASF e profissionais dos CAPS de Maracanaú, além da denominada reunião da RAPS, que ocorre a cada dois meses. Esta reunião é um evento de maior porte e objetiva discussões mais abrangentes sobre temas da saúde mental, que além dos profissionais mencionados acima,

envolve os profissionais da política de assistência social, justiça, guarda municipal, dentre outros.

Dentro desta perspectiva é que encontramos o CAPSad III de Maracanaú, oferecendo um serviço especializado no tratamento de pessoas com histórico de dependência de álcool e outras drogas, cujo uso se tornou prejudicial, acarretando diversos malefícios nos mais variados aspectos de suas vidas. A equipe técnica é composta por um médico clínico, quatro psiquiatras, um terapeuta ocupacional, quatro enfermeiros, dois assistentes sociais, dois psicólogos, seis técnicos de enfermagem, além de equipe de suporte administrativo, cozinha e limpeza.

A estrutura física é composta de três consultórios, duas salas de grupo, um ala com oito leitos psicossociais com posto de enfermagem, sala de ambiência e duas salas de repouso dos profissionais que trabalham noturno, além de recepção, refeitório, cozinha e coordenação, de acordo com os pressupostos contidos nas portarias relativas aos CAPS.

No tocante à ala reservada aos leitos psicossociais no CAPSad III, esta é composta de oito leitos direcionados para internação de pacientes que se encontram com quadro clínico leve ou moderado e que não se configurem com a necessidade de internação imediata em hospital geral (casos de quadro clínico grave).

Além dos atendimentos individuais e grupais realizados no serviço, realizam-se visitas domiciliares, busca-ativa para os casos de abandono do tratamento, visitas aos pacientes que estão em internação hospitalar, quando necessário, atividades lúdico-terapêuticas e extramuros, dentre outros.

Os encaminhamentos para o CAPSad III de Maracanaú ocorrem através da ESF, NASF, do CAPS II, Hospital Municipal de Maracanaú, Unidade de Pronto Atendimento, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), demanda espontânea, encaminhamento de outro serviço de saúde do Maracanaú e dos municípios pactuados: Acarape, Barreiras, Pacatuba, Guaiúba, Maranguape, Redenção e Palmácia, sendo que o pressuposto primordial reside no desejo do indivíduo em realizar o tratamento.

No CAPSad III, ao ingressarem no serviço, seja por encaminhamento de algum serviço de saúde, rede socioassistencial ou jurídica, ou por demanda espontânea, o indivíduo é acolhido. A partir de então, é elaborado um PTS, de acordo com a relação do paciente com a substância e com o meio externo, sendo escolhido um terapeuta de referência e identificado os demais profissionais que irão realizar o acompanhamento.

Conforme Cruz (2014), o atendimento às pessoas que utilizam drogas deve ser feito na perspectiva da atenção psicossocial, sustentando-se no tripé: acolhimento, vínculo e responsabilização, como condição para o cuidado.

O acolhimento é um mecanismo de atuação dos profissionais que recepcionam os pacientes desde o seu ingresso ao serviço e que objetiva facilitar o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Este requer uma escuta atenta e empática, devendo ouvir o sujeito sem julgamentos ou preconceitos de quaisquer ordens. No ato de acolher, deve-se estar atento às demandas do indivíduo, propondo caminhos para superar as dificuldades e ofertando tratamento para o uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Segundo Diehl et al. (2011, p. 380):

a primeira fase do tratamento envolve uma avaliação inicial ampla, que pode ser proporcionada por um bom vínculo entre profissional e paciente, ajudando a formar uma aliança terapêutica madura. As metas da paciente devem ser simples e de comum acordo. Dentre elas, deve estar a interrupção do uso de drogas o mais breve possível. A cessação do uso envolve motivação da paciente e desvinculação do uso associadas a resolução de problemas ou alívio de sensações desagradáveis, para que ela consiga ficar o maior tempo possível abstinente.

Já vínculo corresponde a uma maneira de se aproximação entre o paciente e o profissional baseado no respeito mútuo, na confiança e na construção de objetivos comuns durante o tratamento.

Cruz (2014, p. 179) refere que:

vincular-se é um processo que requer o desenvolvimento de confiança, compromisso e respeito ao longo do qual o usuário constrói a convicção de que pode contar com a atenção e o empenho do profissional. Esse processo atua ou une por meio de uma ligação afetiva e ética a pessoa que usa o serviço e o profissional (e equipe e a instituição) que presta o serviço.

Ao referir-se à dependência química, Diehl et al. (2011) salienta que, o tipo de vínculo estabelecido interfere na adesão ao tratamento, no término deste, assim como nos resultados obtidos. Quanto mais fortalecida for a aliança desenvolvida, melhores serão as possibilidades de adesão do paciente, término do tratamento, dias de abstinência durante o tratamento e resultados pós-tratamento. As características tanto do paciente quanto do profissional interferem no desenvolvimento do vínculo terapêutico. Pacientes com dependência mais grave e menor motivação tendem a formar vínculos mais frágeis, enquanto profissionais com maiores experiências parecem estabelecer uma ligação mais forte com seus pacientes, mesmo durante a recaída.

No processo de acolhimento e na formação do vínculo entre paciente e profissional delineiam-se os moldes de um projeto terapêutico específico para cada indivíduo,

denominado PTS. Na formulação do referido PTS há a necessidade de identificar demandas do paciente, indicações da equipe e a negociação entre estes para se encontrar o caminho mais viável no tratamento. A elaboração do PTS requer a corresponsabilização, ou melhor, tanto o paciente quanto os profissionais têm responsabilidades compartilhadas durante todo o tratamento e seus resultados.

Boccardo et al. (2011) referem que as modificações do modelo assistencial atribuem aos serviços substitutivos, aos profissionais, aos usuários e seus familiares novas funções compartilhando responsabilidades entre os atores envolvidos no processo de cuidado. Neste cenário, o desenvolvimento de PTS se configura como estratégia central de produção do cuidado e objetiva propiciar acolhimento, vínculo e corresponsabilização, bem como assegurar atenção continuada e integral. Assim, através da escuta qualificada e do compartilhamento das responsabilidades promovidos pelo acolhimento, a equipe multidisciplinar pode desenvolver habilidades capazes de tornar o cuidado mais adequado às necessidades das pessoas que realizam tratamento no âmbito da saúde mental.

Acrescenta-se que a produção do cuidado é direcionada ao sujeito e sua família, sendo este compreendido como um processo que implica uma escuta ativa e qualificada, visando à criação de um espaço para o diálogo com avaliação de interesses e necessidades, com uma análise de causas e soluções, e planejamento de ações inovadoras a partir das possibilidades e circunstâncias que estão sendo vivenciadas no tratamento. No caso específico das mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, o tratamento assume contornos próprios e deve considerar a singularidade deste público, traçando objetivos claros e valorizando a responsabilidade compartilhada dos atores envolvidos no processo de construção de cada PTS.

No tratamento, a acolhida e a escuta ao dependente químico além de contemplar suas singularidades, devem ser extensivas também à família, no intuito de propiciar uma escuta qualificada para as demandas dos familiares, considerando as necessidades de todos os envolvidos e visualizar alternativas exequíveis no processo de mudança. Assim, além de considerar as peculiaridades do universo feminino no campo da dependência química, há de se fortalecer a família enquanto rede de apoio ao dependente químico. Estas ações denotam um olhar atento e sensível às mulheres, bem como uma construção coletiva de cuidado, ou melhor, uma visão capaz de vislumbrar possibilidades dentre as certezas e imprevistos no decorrer do tratamento, buscando a diferença (singularidade) como elemento central de articulação e cuidado em saúde.

4 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE GÊNERO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Conforme Teles e Melo (2003) o termo sexo elenca características e diferenças biológicas, enaltecendo aspectos da anatomia e da fisiologia dos organismos pertencentes ao sexo feminino e masculino. Assim, a palavra sexo é empregada para descrever diferenças sexuais entre homens e mulheres baseando-se na compreensão de que estas são dadas pela natureza. Ferreira destaca que:

o desequilíbrio de poder nas relações tem sua origem no gênero. Enquanto o sexo envolve a caracterização genética e anatômica ligada a questões biológicas, o gênero está relacionado a uma determinação de papéis sociais e relacionamentos construídos pela sociedade para dois sexos. O que explica sua mudança ao longo do tempo e de culturas no mundo (FERREIRA, 2016, p. 15).

Para compreender a categoria gênero é necessário ir além de um termo utilizado para realizar a diferenciação entre o sexo feminino e o sexo masculino, mas inseri-lo em um contexto histórico, econômico, cultural e social.

A humanidade ao longo da história tem evidenciado que maneiras de ser denominadas próprias de homens e mulheres podem ser modificadas conforme a história das sociedades e suas culturas. E as denominadas “maneiras de ser” são construções sociais elaboradas nos diferentes processos sociais, históricos e culturais, bem como sinalizam um conjunto de papéis que os indivíduos devem desempenhar em sociedade. As maneiras de ser homem e ser mulher são rotineiramente reforçadas pelas instituições sociais como maneiras de ser e estar em sociedade, e adentram a vida e os corpos dos indivíduos.

Ao longo da história as relações assimétricas entre homens e mulheres, conforme Ferreira (2003), são ancoradas pela divisão sexual e desigual de trabalho doméstico, pelo controle do corpo feminino, da sexualidade das mulheres e pela exclusão destas nos espaços de poder e de decisão, fato que reduz a autonomia destas sobre as decisões acerca de suas próprias vidas e corpos.

Com o intuito de compreender melhor este fenômeno, é significativo concernir de forma atenta o conceito de gênero. Este foi elaborado no âmago dos movimentos feministas, cujo objetivo era denunciar e discutir sobre as opressões sociais impostas às mulheres historicamente. Conforme Frota

a dimensão da palavra gênero foi dada pelas feministas americanas que insistiam em interpretar o caráter eminentemente social das distinções fundadas sobre sexo, rejeitando portanto o determinismo biológico implícito no uso das expressões sexo e

diferença sexual, enfatizando portanto o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade (FROTA, 2004, p. 14)

Os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres em nossa sociedade são visivelmente distintos. Esta distinção traz consigo um prejuízo significativo para as mulheres, resultando em desigualdades de gênero, discriminação e condição de subalternidade.

Conforme Louro (1999) os papéis sociais são basicamente regras arbitrárias ou padrões que as sociedades estabelecem para seus integrantes e que definem seus comportamentos, suas vestimentas, suas maneiras de se relacionar ou de se portar. Neste contexto, é através do aprendizado de papéis que cada indivíduo deve conhecer o que é considerado adequado ou inadequado para homens e mulheres em determinado tempo histórico e em determinada sociedade, devendo ainda atender a tais expectativas.

Assim, a partir da construção social dos sexos e gêneros, a mulher em muitos momentos e sob vários aspectos tem se apresentado de forma invisível. Este fato se dá em decorrência da sexualidade feminina ter sido negada e excluída, associada a imagens de sensibilidade, imperfeição, passividade e à reprodução, ao passo que o homem sempre esteve em evidência, considerado forte, ativo e viril (HOCHGRAF; ANDRADE, 2006).

Para Piscitelli (2002) o conceito de gênero é algo instigante e desafiador, que vem sendo disseminado rapidamente a partir da década de 1980. A notoriedade que este conceito alcançou se deve à oferta de um novo olhar sobre a realidade, no qual a distinção entre características consideradas femininas e masculinas se insere no contexto hierarquizado da sociedade. Realizando uma contextualização, Pinto afirma que:

ao longo da história ocidental sempre houve mulheres que se rebelaram contra sua condição, que lutaram por liberdade e muitas vezes pagaram com suas próprias vidas. A Inquisição da Igreja Católica foi implacável com qualquer mulher que desafiasse os princípios por ela pregados como dogmas insofismáveis (PINTO, 2010, p. 15).

As reivindicações das mulheres são históricas, contudo somente com a Revolução Francesa as mulheres conquistam visibilidade histórica ao se apresentarem enquanto sujeitos políticos, uma vez que lutaram pelos direitos políticos e também pelo direito ao alistamento na carreira militar. Assim, além de se opor ao poder burguês, que defendia a superioridade masculina, as mulheres instauram uma luta histórica em torno do direito de participar de forma ativa da vida pública, na área do trabalho, da educação e da política (GURGEL, 2010). Piscitelli afirma que:

no século XIX a ideia de direitos iguais à cidadania, pressupondo igualdade entre os sexos, impulsionou uma mobilização feminista importante, no Continente Europeu, na América do Norte e em outros países. Entre as décadas de 1920 e 1930 as

mulheres conseguiram, em vários lugares, romper com algumas das expressões mais agudas de sua desigualdade em termos formais ou legais, particularmente no que se refere ao direito ao voto, à propriedade e ao acesso à educação (PISCITELLI, 2002, p. 02).

Conforme Pinto (2010) a denominada primeira onda do feminismo ocorreu no final do século XIX, momento em que as mulheres, inicialmente na Inglaterra, se organizaram para reivindicar por seus direitos, sobretudo o direito ao voto. Matos argumenta que:

o grande esforço da primeira onda do feminismo foi o de questionar, refletir, procurando desconstruir inúmeras formas de instituições e relações patriarcais no seio das quais se mantinham e se reproduziam estratégias de dominação masculina; isso se dando na arena da luta pelo sufrágio universal. Ou seja, tratou-se de uma batalha pela afirmação da condição fundamental e democrática da igualdade política entre os sexos, articulada evidentemente à dimensão universal (MATOS, 2008, p. 338).

Assim, as manifestações que lutavam pelo direito ao voto feminino e emancipação das mulheres ganharam visibilidade e se estenderam a diversos países ocidentais.

Piscitelli (2002) acrescenta que, o pensamento feminista publicizava que a mulher ocupa uma posição de subalternidade em relação aos homens e questionam o suposto caráter universal de tal subordinação. As feministas cunharam um sujeito político coletivo (as mulheres), lutando pela igualdade no exercício dos direitos e buscaram apreender as causas da subordinação feminina. Cisne destaca que:

o conceito de gênero veio também no sentido de analisar de maneira relacional a subordinação da mulher ao homem, ou seja, os estudos sobre as mulheres não deveriam apenas limitar-se à categoria mulher, mas esta deve sempre ser analisada de forma relacional ao homem. Portanto, gênero se constitui como uma categoria relacional (CISNE, 2012, P. 78).

O movimento feminista se estendeu também para a América Latina, no qual as mulheres reivindicam pela igualdade de gênero, tratamento igualitário no mercado de trabalho e envolvimento nas decisões políticas em seus países. Conforme Barbosa e Lage (2015, p. 93) “as lutas pelas conquistas femininas no Brasil eram de cunho sufragista, isto é, em que as mulheres reivindicavam direitos básicos até a década de 1940, quando adquirem direito à participação nas eleições”.

A segunda fase do feminismo teve seu início no final dos anos 1960 e conforme Matos:

o conceito de gênero será, teoricamente, o divisor de águas para uma outra fase distinta desta primeira, e anunciador, de certa forma, de uma segunda onda do próprio feminismo, em que se passou a valorizar significativamente mais o diferencialismo e a afirmação política das diferenças (identitárias substantivamente, mas não apenas elas) do que propriamente a igualdade e o igualitarismo. Nessa

segunda onda o que estava em jogo era a diversidade ou as diferenças dentro da diferença (MATOS, 2008, p. 338).

Louro (2008) afirma que na fase da segunda onda feminista, as mulheres além das reivindicações sociais e políticas, adentram as construções propriamente teóricas, sendo engendrado e problematizado o conceito de gênero. Conforme Barbosa e Lage:

a segunda onda feminista surgiu na década de 1960 e perdurou até fins de 1980, em que as mulheres lutavam pelo fim da discriminação e pela efetivação da igualdade entre os sexos proposta na primeira onda. [...] Assim, podemos afirmar que esta foi a continuação da onda anterior, porém com características que as diferenciavam. Nesse sentido, o movimento feminista apresenta-se como uma propagação libertária contra a subalternidade, originando a tomada de decisões políticas perante o Estado (BARBOSA; LAGE, 2015, p. 93).

Esta fase do movimento feminista teve grandes avanços, sobretudo pelo ingresso significativo de mulheres no mercado de trabalho e em posições antes consideradas masculinas, bem como sofreu forte influência das inovações médicas e científicas, tais como o advento da pílula anticoncepcional. Conforme Louro:

é nesse contexto de efervescência social e política, de contestação e de transformação, que o movimento feminista contemporâneo ressurgiu, expressando-se não apenas através de grupos de conscientização, marchas e protestos públicos, mas também através de livros, jornais e revistas. Algumas obras hoje clássicas - como, por exemplo, *Le deuxième sexe*, de Simone de Beauvoir (1949), *The feminine mystique*, de Betty Friedan (1963), *Sexual politics*, de Kate Millett (1969) - marcaram esse novo momento. Militantes feministas participantes do mundo acadêmico vão trazer para o interior das universidades e escolas questões que as mobilizavam, impregnando e contaminando o seu fazer intelectual - como estudiosas, docentes, pesquisadoras - com a paixão política. Surgem os estudos da mulher (LOURO, 1999, p. 16).

Em meados dos anos 1980 se deu o surgimento de uma crise no movimento feminista e emerge a terceira onda feminista, marcada pelo estudo mais elaborado das relações de gênero, sobretudo com a intensificação das discussões no campo acadêmico. Barbosa e Lage salientam que:

a terceira onda feminista surgiu na década de 1990 e conserva-se até os dias atuais, sendo marcada pela criticidade e o respeito aos ideais feministas. [...] Serviu para a correção e discussão das lacunas deixadas pela segunda onda. No caso do Brasil, podemos destacar os avanços do movimento feminista em que foram assegurados pela Constituição Federal de 1988, art. 5º, em seu inciso I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição (BARBOSA; LAGE, 2015, p. 94).

Conforme Scott (1995) a terceira onda do feminismo se dividiu entre pós-estruturalismo francês e as teorias angloamericanas das relações de objeto, inspirando-se nas

escolas de psicanálise para compreender a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito.

É salutar esclarecer que o movimento feminista é plural e engloba várias vertentes, mas que tem como ponto de convergência a reflexão sobre as relações sociais desiguais e as pressões sociais que atingem as mulheres nos diversos países e em diversos contextos históricos. O feminismo inaugura na sociedade um movimento contra hegemônico de contestação da dominação e da subalternidade, bem como instaura um movimento intelectual de cunho crítico de emancipação das mulheres e seus rebatimentos, tais como a relevância do conceito de gênero na compreensão das relações sociais e no protagonismo da mulher na ciência, bem como no surgimento dos denominados campos de estudos da mulher.

Podemos afirmar que a partir da luta pela igualdade entre os sexos e a necessidade de valorização da mulher é que surge o termo gênero na década de 1980, utilizado por feministas americanas e inglesas (SCOTT, 1995). Assim, este termo possui estreita relação com o movimento feminista, mas dispõe ainda de diversos outros significados e representações, sendo debatido por diversas autoras de diferentes correntes teóricas, no qual defendem concepções baseadas na diferença sexual, biológica, cultural e construção social. O termo gênero conforme Scott:

faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para reivindicar um certo terreno de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens (SCOTT, 1995, p. 85).

Dentro desta compreensão, Scott defende que o termo gênero é componente constitutivo das relações sociais fundadas nas diferenças identificadas entre os sexos, contudo não são consequências diretas da Biologia, mas que esclarecem as persistentes desigualdades entre mulheres e homens. A autora acrescenta que o gênero é uma forma primária de atribuir significado às relações de poder (SCOTT, 1995).

Seguindo esta linha de raciocínio, o termo gênero se transforma em um conceito que objetiva a transposição da abordagem biológica atribuída a mulheres e homens, utilizada para determinar papéis sociais na sociedade. O objetivo de utilizar este termo consiste em acentuar esta origem histórica e social, combatendo a noção de “uma determinação natural dos comportamentos de homens e de mulheres, apesar das inúmeras regras sociais calcadas numa suposta determinação biológica diferencial dos sexos” (GROSSI, 1998, p. 04). Bandeira entende por gênero:

o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada. A categoria de gênero surgiu como uma forma de distinguir as diferenças biológica das desigualdades sócio culturalmente construídas e procurou mudar a atenção de um olhar para mulheres e homens como segmentos isolados, para um olhar que se fixa nas relações interpessoais e sociais através das quais elas são mutuamente constituídas como categorias sociais desiguais (BANDEIRA, 2005, p. 07).

Conforme Saffioti (2004) gênero não se reduz a uma categoria analítica, mas também engloba uma categoria histórica e sua dimensão adjetiva requer uma inflexão do pensamento, podendo integrar estudos sobre a mulher. Desta forma, gênero se vincula:

às representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando interrelacionadas. Ou seja, como pensar o masculino sem evocar o feminino? Parece impossível, mesmo quando se projeta uma sociedade não ideologizada por dicotomias, por oposições simples, mas em que masculino e feminino são apenas diferentes (SAFFIOTI, 2004, p. 116).

O termo gênero é compreendido além da dicotomia homem-mulher, transpondo também a abordagem biológica entre os sexos, compondo-se em um conceito mais abrangente, no qual considera as relações sociais existentes entre homens e mulheres. É imprescindível ultrapassar a polaridade entre feminino *versus* masculino, tendo em vista que ambos estão intrinsecamente vinculados e um se constitui através do outro. Assim, visando compreender de forma mais aprofundada esta relação e “para conhecer como são as mulheres socialmente construídas, também temos que conhecer os homens socialmente construídos” (STREY et al., 2012, p. 54).

Diante do relatado, compreende-se que as contestações sobre as desigualdades entre os sexos e a posição de subalternidade relegada à mulher se deu no seio do movimento feminista, bem como os questionamentos do patriarcado e de seus supostos valores universais que determinaram relações desiguais entre homens e mulheres e a subalternidade da mulher.

Ressalta-se que em nosso país na década de 1970 emerge mais fortemente o movimento feminista, cujas integrantes são oriundas da classe média, em sua maioria com nível superior e espelhando-se feminismo europeu e norte-americano. O movimento feminista brasileiro ocorreu no período de efervescência dos movimentos sociais no Brasil e de resistência à ditadura, confrontando setores conservadores da sociedade (BARSTED, 1994).

Assim sendo, o movimento feminista no país além de contestar a ditadura, faz emergir um novo ator social na luta pela igualdade de direitos. O referido movimento se propunha a investigar questões culturais e a formar uma esfera política de inclusão das mulheres na sociedade contestando a discriminação e a subordinação histórica da mulher. Barbosa e Lage defendem que:

a década de 1980 ficou marcada pela luta das mulheres no tocante a discriminação e a desigualdade nas relações de gênero. Nesse sentido, as revoltas feministas desse período clamavam por igualdade de direitos entre os sexos, mediante as legislações. [...] A partir de 1980, os estudos do movimento social feminista latinoamericano assume uma postura epistemológica, isto é, ocorre a tomada de posição política de quem se considera feminista (BARBOSA; LAGE, 2015, p. 96).

Os anos 1980 foram decisivos para o movimento feminista brasileiro ao contestar uma cultura patriarcal historicamente construída, que considerava a mulher como ser subalterno ao homem. Barsted relata que:

conviviam no movimento feminista tendências reformistas e revolucionárias, mas seu caráter revolucionário, de questionamento de todas as formas de discriminação e de uma subordinação historicamente construída, garantiu sua peculiaridade e permanência. O movimento de mulheres questionava tanto as estruturas públicas de poder como as estruturas privadas: a família e a relação entre os sexos. Luta por reformas legais, denúncia da opressão do Estado e do mercado de trabalho, denúncia dos esquemas de dominação da família, declaração do direito de dispor do próprio corpo, luta pela legalização do aborto, pela desrepressão sexual, luta contra a violência sexual e doméstica (BARSTED, 1994, p. 40).

Conforme Pinto (2010), com a redemocratização do país o movimento feminista tem sua fase de grande efervescência na luta pelo direito das mulheres, tais como: sexualidade, violência, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, orientação sexual. Acrescenta-se que estes grupos se aproximaram de movimentos populares de mulheres, que reivindicavam educação, saúde, saneamento e habitação.

Conforme mencionado anteriormente, a partir da Constituição Federal de 1988 fica evidente a igualdade legal entre mulheres e homens, sendo esta Carta Magna um referencial na conquista dos direitos da mulher, com a proibição de atitudes discriminatórias em decorrência de sexo e favorecendo a discussão sobre a questão da sexualidade. Com o processo de redemocratização do Brasil as mulheres passam a rever seus papéis na sociedade da época. Pinto defende que:

ainda na última década do século XX, o movimento sofreu, seguindo uma tendência mais geral, um processo de profissionalização, por meio da criação de Organizações Não-Governamentais (ONGs), focadas, principalmente, na intervenção junto ao Estado, a fim de aprovar medidas protetoras para as mulheres e de buscar espaços para a sua maior participação política. Uma das questões centrais dessa época era a luta contra a violência, de que a mulher é vítima, principalmente a violência doméstica. Além das Delegacias Especiais da Mulher, espalhadas pelo país, a maior conquista foi a Lei Maria da Penha (Lei n. 11 340, de 07 de agosto de 2006), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (PINTO, 2010, p. 17).

Ressalta-se ainda que, em 2004 o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com a contribuição do movimento de mulheres, das trabalhadoras rurais, do movimento negro, dentre outros. Esta política integra:

o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 05).

Salienta-se ainda, a realização das duas conferências nacionais para a Política da Mulher ocorridas em 2005 e 2007, que reuniram mais de três mil mulheres e elaboraram significativos documentos de análise sobre a situação da mulher em nosso país. Em 2011 foi realizada a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, cujo tema foi a autonomia das mulheres e igualdade.

Desta forma, estas conferências evidenciam o protagonismo feminino brasileiro na construção de planos nacionais de políticas públicas para o público feminino, bem como na participação direta das mulheres e do movimento feminista na aprovação de leis significativas para as mulheres, tais como a Lei Maria da Penha.

Podemos afirmar que as mais significativas expressões do movimento feminista na luta pela igualdade de gênero se deram no final do século XXI e continuam em curso no século atual. Até mesmo em sociedade mais rígidas, as mulheres têm conquistado significativos avanços. Conforme Bandeira:

falar da igualdade de gênero é romper com um universo restrito do não reconhecimento da alteridade, do outro, da diferença, para caminhar em direção ao espaço de equidade, da emancipação e do pertencimento. As mulheres emergem como alteridade feminina, sociocultural e política, passam a estar presente, reconhecidamente, nas arenas da vida cotidiana, onde se redefinem com base na cultura, na história, nas relações de trabalho e nas formas de inserção no mundo político, portanto, em um novo campo de possibilidades para estabelecer convenções capazes de vencer sua condição de desigualdade (BANDEIRA, 2005, p. 06).

Assim, reconhecemos que houve significativos avanços nas últimas décadas, fruto das intensas lutas e reivindicações do movimento feminista e de tantas outras lutas pela emancipação da mulher, contudo ainda nos deparamos com uma sociedade com traços do patriarcado e a persistência de relações desiguais entre homens e mulheres.

Segundo Ferreira (2013), as modificações na nova estrutura social ao longo dos anos colocaram as mulheres para ocuparem espaços antes dominados pelo poder masculino.

Contudo, relatórios e estudos sinalizam que ainda persiste desigualdade de gênero em matéria de desemprego, emprego, renda, participação na força de trabalho, segregação setorial e profissional, participação política, vulnerabilidade e violência doméstica. Acrescenta-se que ainda existem mulheres que não dispõem de liberdade para realizar escolhas sobre suas próprias vidas e planos futuros.

Apesar dos avanços na participação da mulher brasileira em várias áreas, a desigualdade de gênero é algo presente na sociedade atual. Conforme dados do Fórum Econômico Mundial o Brasil perdeu espaço no ranking de igualdade de gênero, uma vez que no prazo de apenas um ano, o país caiu cinco posições na classificação, que considera mais de cinquenta itens como o acesso à saúde, renda, e participação política. No ano de 2018, o Brasil ocupa a posição de 95.º lugar, em uma lista de 149 países, alcançando o pior resultado desde o ano de 2011. Acrescenta-se que o mais pesado foi a queda na participação das mulheres no mercado de trabalho e oportunidades de renda (MORIYAMA, 2018).

Guilherm e Azevedo (2008) referem que em toda sociedade existem diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres. Estas diferenças se apresentam de forma desfavorável às mulheres, que resultam em desigualdades de gênero, ocasionando prejuízos, bem como se configuram como fatores estruturantes da vulnerabilidade feminina. Assim, as desigualdades entre os gêneros formam diferentes graus de discriminação das mulheres, afastam da participação em dimensões fundamentais da vida em sociedade e restringem a liberdade das mulheres no exercício pleno dos seus direitos fundamentais.

Conforme mencionado anteriormente, a relação de gênero é norteadada por diferenças biológicas, geralmente convertidas em desigualdades que podem tornar as mulheres mais vulneráveis ao consumo de álcool e drogas, bem como à exclusão social. Esta exclusão impacta as mulheres de várias maneiras, pelas vias do trabalho, da etnia, da idade, da raça, sendo complexo atribuí-las a um aspecto específico, uma vez que ela congrega vários elementos.

Silva e Vargens (2009) referem que a desigualdade de gênero tem produzido historicamente a inferiorização e a submissão da mulher. Assim, segmentos importantes de mulheres têm sido excluídos do poder de decisão em suas vidas privadas e na vida pública, recebem baixos salários e inferiores aos dos homens exercendo as mesmas atividades, são impactadas pela violência cotidiana, doméstica e sexual. Dentro desta compreensão, o uso de álcool ou outras drogas por mulheres pode estar vinculado a este cenário marcado pelo estigma, preconceito, discriminação e exclusão.

O uso abusivo de álcool e outras drogas por mulheres embora seja menos frequente nas estatísticas em comparação aos homens, está sendo identificado como uma problemática crescente nas últimas décadas (UNODC, 2017). Este fato vem ganhando visibilidade nos últimos anos e constitui-se em um desafio para a sociedade e para as políticas públicas, sobretudo para a política de saúde.

Contudo, se por um lado as mulheres estão mais visíveis, uma vez que se elevou o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas entre elas. Por outro lado, continuam “invisibilizadas”, pois o envolvimento com drogas continua sendo compreendido predominantemente a partir da ótica masculina. Este fato frequentemente coloca as mulheres em posição de desvantagem, sendo alvo de intervenção tardia e possivelmente dupla estigmatização (mulher e usuária de drogas).

Assim, diante desta situação de assimetria de gênero nos deparamos com o fenômeno da dependência química em mulheres. Estudos epidemiológicos apontam uma crescente elevação de mulheres em situação de dependência química, considerando-se alta a prevalência de complicações vinculadas ao consumo de drogas entre as mulheres. Entretanto, pesquisas e estudos relacionados a esta realidade ainda são poucos (CARLINI et al., 2006; DIEHL et al., 2011).

Medina et al (2002) advertem que em nosso país os estudos epidemiológicos de grande abrangência ainda são reduzidos, impossibilitando uma avaliação mais detalhada acerca da distribuição e dos determinantes de uso de substâncias psicoativas no Brasil e, conseqüentemente, da dimensão real da problemática.

No que se refere ao tratamento, Hochgraf e Andrade (2004) destacam que historicamente se criaram mitos em relação ao acompanhamento da mulher em situação de dependência química, dentre eles: a mulher evolui de forma pior e adere menos ao tratamento em comparação aos homens.

Um dos pontos atenuantes que contribuem para a criação e disseminação destes mitos é a escassez de pesquisas na área da farmacodependência feminina e algumas pesquisas realizadas com homens foram generalizadas de forma indevida para as mulheres (ZILBERMAN, 2003; BRASILIANO, 2005).

Assim, os estudos sobre a dependência química são quase que exclusivamente voltados para a população masculina, negligenciando as mulheres na maioria das vezes (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006). Um dos motivos disto consiste no fato das mulheres estarem subrepresentadas nos serviços assistenciais e estudos sobre drogas, ao contrário das demais temáticas no qual há mais pesquisas sobre mulheres, o que se deve,

dentre outras justificativas, ao estigma social a que estão submetidas (ZILBERMAN; ANDRADE, 1998).

O número reduzido de pesquisas seria resultado da menor prevalência de dependência de álcool e outras drogas entre as mulheres e, verdadeiramente, os dados epidemiológicos apontam uma prevalência masculina, contudo esta realidade precisa ser modificada urgentemente.

No II Levantamento Domiciliar realizado no Brasil em 2005, os resultados apontaram uma prevalência masculina para a dependência de álcool, no qual entre os homens verificou-se uma proporção de 19,5% e entre as mulheres é de 6,9% (CARLINI et al., 2006).

Contudo, existem diferenças conforme a faixa etária dos pesquisados. Na faixa etária entre 12 e 17 anos identificou-se a proporção de 7,3% em homens e 6,0% em mulheres. Já na faixa etária entre 18 e 24 anos a proporção é de 27,4% em homens para 12,1% em mulheres. Na faixa etária entre 25 e 34 anos verificou-se uma proporção de 23,2 % em homens e 7,7 em mulheres (CARLINI et al., 2006).

Entretanto, quando a droga de consumo se trata de benzodiazepínicos, estimulantes e analgésicos existe uma prevalência de usos na vida em mulheres em comparação com os homens em todas as faixas etárias, aproximadamente de duas a três vezes mais do que em homens (CARLINI et al., 2006).

A partir destes dados, identificamos que as drogas medicamentosas são bastante utilizadas pelas mulheres, uma vez que são as que menos apresentam interferência no cumprimento dos papéis sociais femininos, bem como não apresentam o risco de ingressar na ilegalidade.

Conforme Jalil et al. (2014) o número reduzido de estudos envolvendo a dependência feminina teria também como fatores o predomínio masculino nas cenas abertas de consumo e tráfico de drogas, bem como as mulheres seriam um grupo de acesso difícil pelos pesquisadores, em decorrência do caráter privado de muitas de suas práticas e do estigma que lhes são impelidos em diversos contextos.

As mulheres que se encontram em situação de dependência de álcool ou outras drogas estão mais vulneráveis ao preconceito e ao estigma social do que os homens, em virtude dos papéis de gênero impostos às mulheres. Os papéis sociais de esposa, mãe e sustentáculo da família são considerados inconciliáveis com o etilismo ou a drogadição. Em decorrência disto, muitas vezes as mulheres são consideradas menos responsáveis e incapazes de cuidar dos filhos e da família.

Acrescenta-se que conforme Brasileiro (2005), a prática da generalização dos programas institucionais terapêuticos destinados a homens serem direcionados para mulheres também ocorre, sobretudo em decorrência de se balizarem em pesquisas e necessidades masculinas, desconsiderando as diferenças entre os sexos.

Dentro desta compreensão, Espinheira (2004) evidencia que a tendência à homogeneização dos usuários, como se estes integrassem uma mesma categoria social e fossem oriundos de uma mesma cultura, bem como se relacionassem com as drogas de uma forma idêntica, tem relação direta com a atenção que é dada a eles. Assim sendo, este aspecto pode estar restringindo a realização de estudos mais completos e aprofundados.

Soma-se a esta problemática a quantidade reduzida de serviços especializados no atendimento da saúde mental de mulheres e as unidades que existem embora prestem um serviço de qualidade, permanecem limitados devido à falta de recursos financeiros, ao treinamento inadequado e à baixa produtividade (RENNÓ JR. et al., 2005).

Hochgraf e Andrade (2004) realizam uma diferenciação entre as complicações apresentadas por homens e mulheres em situação de dependência química. Os homens dependentes químicos apresentam mais complicações legais e profissionais, enquanto que as mulheres têm mais complicações físicas e familiares. Em tratamentos mistos, os interesses do público masculino se sobressaem em decorrência do número reduzido de mulheres. Já em grupos específicos, são consideradas questões femininas nas discussões, tais como: violência doméstica, abuso sexual, preocupação com os filhos, preocupação com o corpo, baixa autoestima. Tais diferenças explicam uma preocupação com a especificidade do tratamento da dependência química feminina.

Alguns autores que abordam o tema tratado têm apontado rebatimentos do envolvimento das mulheres com o álcool ou outras drogas, tais como: abandono de suas famílias, afastamento dos filhos, perda de emprego, envolvimento em atividades violentas e prática de sexo sem proteção. Diversos autores ainda defendem que há relação simbiótica entre prostituição e uso compulsivo de drogas. Assim, os efeitos psicológicos da droga, as diferenças metabólicas, as comorbidades psiquiátricas e físicas e as questões socioculturais e genéticas são distinções básicas entre os sexos (GOMES, 2010; DIEHL et al., 2011; NAPPO, 2004). Conforme Elbreder et al (2008):

existem diferenças no consumo de álcool relacionadas ao gênero, em que o uso abusivo é mais frequente entre homens, no entanto, existem outros estudos apontando o aumento entre mulheres e de maneira mais precoce, mostrando que a diferença entre os gêneros tem diminuído progressivamente, bem como para outros grupos especiais. A metabolização do álcool e de outras substâncias psicoativas

ocorrem de maneira mais lenta nas mulheres do que nos homens e, assim, elas se tornam mais susceptíveis aos prejuízos associados ao seu consumo, mesmo ingerindo níveis mais baixos de álcool por período mais curto. Comorbidades psiquiátricas associadas ao alcoolismo feminino aparecem com frequência na literatura, como transtorno de personalidade, depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares (ELBREDER et al, 2008, p. 09).

Oliveira, Paiva e Valente (2006) referem que a associação entre gênero e poder é evidenciada na relação de dominação masculina e submissão feminina, construída em sociedade, onde as mulheres são expostas a diversas formas de adoecimento, sem que sejam acolhidas e tratadas de forma integral e resolutiva dentro de suas particularidades. No que se refere ao uso de drogas, as autoras evidenciam que as mulheres são estigmatizadas duplamente, tanto por fazerem uso da substância psicoativa quanto por não atenderem aos papéis femininos determinados culturalmente.

Estas palavras corroboram com a afirmação de Elbreder et al (2008, p. 10), no qual “as mulheres que consomem substâncias psicoativas, tendem, por causa do preconceito e da estigmatização, a permanecerem anônimas, retardando a procura por ajuda”.

Acrescenta-se que embora não haja números confiáveis sobre o consumo de drogas na gestação, há evidências de que as mulheres têm tendência a não relatar a utilização de drogas, em especial o álcool, tabaco e cocaína. Este fato torna mais relevante a investigação sobre o uso de álcool e outras drogas pela equipe de saúde de forma acolhedora em mulheres em idade fértil.

Brasiliiano e Hochgraf (2006) referem que, diante dos obstáculos enfrentados por mulheres na busca por tratamento, o estigma social corresponde ao agente direto na adesão ou não das mesmas ao acompanhamento. As autoras acrescentam que, ao haver uma ruptura com o comportamento esperado socialmente das mulheres, estas são estigmatizadas como promíscuas e mães ou esposas ruins. Assim, o debate contemporâneo sinaliza para a desmistificação destes papéis sociais, tornando as mulheres conscientes de seu espaço enquanto sujeitos de direitos, contribuindo para a adesão destas ao tratamento da dependência química.

Hochgraf e Andrade (2006) advertem que o princípio básico do tratamento para a dependência química consiste na abordagem focada na mulher para além de seu consumo de álcool ou drogas, uma vez que o consumo de qualquer substância não está isolado das outras necessidades das mulheres. Assim, a disponibilização de diversas oportunidades para uma mudança em suas vidas (resgate de laços familiares, atividades de geração de emprego e renda, estudos, etc.) consiste em um fator relevante na sua adesão ao tratamento.

Além do preconceito e do estigma social a qual as mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas estão submetidas, autores sinalizam a falta de treinamento das equipes da atenção primária à saúde, sobretudo na capacitação para realizar um diagnóstico eficaz para queixas vagas de saúde física; a falta de serviços de atendimento específico para o público feminino; a negligência ou a oposição de familiares. Estes fatores podem ser compreendidos como sinalizadores de receio das mulheres em contribuir com pesquisas epidemiológicas ou procurar serviços especializados para tratamento da dependência química (ZILMERMAN, 2003; HOCHGRAF; ANDRADE, 2004).

Alguns autores são mais eloquentes ao referirem sobre o preconceito e o estigma direcionado às mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool e drogas, a saber:

a verdade dolorosa é que nossa sociedade julga as mulheres viciadas com mais severidade do que os homens na mesma situação. Ser alcoólatra ou viciado em drogas é suficientemente ruim, ser uma mulher alcoólatra ou viciada em drogas é duplamente vergonhoso. As mulheres dependentes de bebida ou drogas são muitas vezes vistas de forma estereotipada como promíscuas, desregradas e imorais. Se temos filhos, somos ainda mais vilipendiadas por nós mesmas e pelos outros se nosso alcoolismo ou nosso consumo de drogas afeta nossa capacidade de cuidar deles (COVINGTON, 2012, p. 16).

No que se refere às peculiaridades do público feminino e o fenômeno da dependência química, algumas diferenças são sinalizadas como importantes. O início do uso em mulheres costumeiramente está relacionado a eventos vitais como: separação conjugal ou morte do cônjuge, depressão e transtornos de ansiedade, sentimentos de abandono ou isolamento social, pressões ou conflitos na família, cobranças do mercado de trabalho, vivenciar situações de violência, violência sexual, dentre outras (SILVA, 2015).

Outras peculiaridades se referem às barreiras para a tomada de decisão de buscar o tratamento em confronto com os papéis esperados das mulheres na condição de mães e esposas: sentimento de culpa e vergonha em decorrência da dependência; receio de perder a guarda dos filhos ao assumirem a dependência; dificuldade em deixar os filhos com algum responsável no período do tratamento; receio de julgamento nas situações de consumo durante a gravidez (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

A pesquisadora Cesar (2006) realizou um estudo qualitativo com mulheres alcoolistas, cujo objetivo era discutir as peculiaridades do alcoolismo feminino e a relevância do seu significado nos serviços especializados. Através desta pesquisa, a autora aponta algumas características: do universo de mulheres entrevistadas 90% relataram o consumo de álcool no âmbito da esfera privada. A discussão deste dado revela comportamentos diferenciados para homens e mulheres em uso abusivo de álcool e apontam estilos de desvios

de gênero, no qual o comportamento dos homens alcoolizados seria um com reações para fora, externalizado, enquanto as mulheres tenderiam a um comportamento mais retraído, ficando menos expostas e internalizando emoções.

Outro aspecto apontado pela autora seria a preservação da autoimagem da mulher, vinculada ao preconceito pelo consumo de etílicos por mulheres em confronto com a cobrança diante de papéis sociais a cumprir, tais como a maternidade ou posturas não consideradas femininas socialmente. As cobranças diante do consumo de álcool feminino provocam sentimentos de culpa, que podem resultar no beber “escondido” (CESAR, 2006).

Outro dado relevante apontado pela autora é a alta taxa de mulheres vítimas de violência física ou sexual durante a infância ou adolescência, dos quais 70% das mulheres pesquisadas relataram ter sofrido algum tipo de violência física ou sexual nesta fase da vida. A vivência da violência vem a coincidir com o fato de começarem a beber naquela ocasião. Este dado indica que a ocorrência da violência nesta idade pode contribuir para gerar alcoolismo (CESAR, 2006). Zilberman e Blume referem que:

a associação entre a violência doméstica - incluindo a violência perpetrada por homens contra mulheres que são suas parceiras íntimas e o abuso físico e sexual contra as crianças pelos pais ou outros cuidadores - e uso, abuso e dependência de substâncias tem sido investigada por vários autores, mas uma relação causal não pode ser inferida (ZILBERMAN; BLUME, 2005, p. S52).

Contudo, as autoras referem que tanto mulheres como homens consideram uma vítima intoxicada mais responsável que o autor da violência intoxicado. Culturalmente, mulheres com dependência química seriam consideradas como mais disponíveis sexualmente, levantando a ideia de que a agressão sexual contra elas seria algo aceitável. O uso de drogas, seja pelo autor da violência, pela vítima ou por ambos, estaria envolvido em até noventa e dois por cento dos episódios notificados de violência doméstica (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

As autoras ainda salientam que o álcool costumeiramente atuaria como um desinibidor, facilitando a ocorrência da violência. Já os estimulantes, tais como a cocaína, o crack e as anfetaminas, estariam costumeiramente envolvidos em episódios de violência doméstica, por reduzirem a capacidade de controle dos impulsos e por elevar a sensação de perseguição. Acrescenta-se que o uso de álcool estaria envolvido em até 50% dos casos de agressão sexual (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

Zilberman e Blume (2005) apontam que o álcool e as drogas são geralmente consumidos por mulheres como automedicação de um sofrimento decorrente de situações de

violência doméstica, bem como mulheres em tratamento por complicações decorrentes do álcool e outras drogas referem altos índices de vitimização. As autoras concluem que há uma associação entre abuso sexual e/ou físico na infância em mulheres e o posterior desenvolvimento de problemas de uso de substâncias psicoativas.

Acrescenta-se ainda um outro viés, no qual o uso abusivo de droga realizado por mulheres as torna mais vulneráveis a situações de violência e abuso sexual. Segundo a OMS, a violência contra a mulher se configura como um grave problema de saúde pública e a ocorrência da violência está fortemente vinculada ao consumo de drogas de uma maneira geral (OMS, 2012).

Diante do relatado, podemos concluir que há uma elevação do consumo de álcool e outras drogas por mulheres nos últimos anos, mas que não vem acompanhada de um adensamento teórico em larga escala sobre a referida temática. Zilbermam (2003) afirma que a ausência de pesquisas específicas ocasiona um questionamento se a maior vulnerabilidade feminina estaria vinculada aos efeitos farmacodinâmicos das substâncias psicoativas, ou aos fatores psicológicos e sociais, ou ainda uma combinação de ambos.

Outro tema relevante a ser considerado é o ingresso feminino no universo das drogas como integrante ativo do comércio ilícito de drogas. A comercialização de drogas era considerada como uma atividade essencialmente masculina, mas na contemporaneidade a mulher vem ocupando progressivamente cargos no tráfico.

Assim, a participação das mulheres na produção, venda e consumo de substâncias ilícitas vem sendo percebida e pesquisada por observadores de diversas esferas. No que se tange à produção e comercialização de drogas, obras como Falcão - mulheres e o tráfico, causam polêmica e desnudam as várias nuances que envolvem o ingresso de mulheres em um universo marcadamente masculino. Nesta obra, os autores apresentam narrativas de mulheres que ingressaram no narcotráfico, assumindo funções diversas e, embora a maioria ocupe posições periféricas aos homens, há relatos de mulheres que assumiram posições mais elevadas na hierarquia do tráfico de drogas (ATHAYDE; MV BILL, 2007). Ressalta-se que a presença da mulher no tráfico de drogas é algo crescente e que, mesmo de forma superficial, altera os estereótipos entrecortados de machismo que estão vinculados a esta ação ilícita.

Assim, o ingresso e a permanência da mulher no tráfico de drogas demonstram que este espaço deixou de ser campo exclusivamente masculino, como também traz outros rebatimentos para a mulher, tais como o encarceramento, afastamento dos filhos, dificuldade de reinserção social, dentre outros.

Cabe salientar ainda, sobre a relação entre o uso de álcool ou outras drogas e a prostituição ou troca de sexo por droga. Esta relação é complexa e pode facilitar a prática de sexo sem proteção, aumentando a suscetibilidade de uma gravidez indesejada, bem como de infecção ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Hochgraf e Brasiliano (2004) referem que mulheres que utilizam drogas tendem a utilizar o corpo como moeda de troca para sustentar o consumo, ingressando muitas vezes na prostituição por essa razão.

Em pesquisa realizada no Estado de São Paulo com mulheres usuárias de crack, Nappo (2004) refere que diversas atividades ilícitas lucrativas fazem parte do repertório de ações para adquirir as drogas, dentre os quais as estratégias mais citadas foram o roubo, o tráfico de drogas e a prostituição. Geralmente iniciam utilizando as drogas com os próprios recursos e à medida que se tornam dependentes, utilizam-se do roubo, do tráfico de drogas e da prostituição para custear o consumo de drogas.

Ademais, o consumo de álcool e outras drogas está associado a fatores biopsicossociais e percebe-se que além de complicações físicas, o consumo pode trazer complicações de ordem social, psicológica ou legal. Desencadeiam significativas perdas nos vínculos familiares, nos espaços relacionais, na inserção no mercado de trabalho, nos estudos, assim como na prostituição e, ainda, podendo realizar delitos para a aquisição das drogas. Existem controvérsias se estas atitudes têm vinculação direta com a compulsão para consumir a droga ou se é resultante da própria intoxicação (DIEHL et al., 2011).

Zemel (2001) nos adverte que quando consideramos que a problemática de uso abusivo e dependência de drogas é uma questão biopsicossocial já estamos apreendendo que a família se inclui neste processo. A família é parte fundamental no tratamento do dependente químico, sendo considerada por alguns estudiosos na área como corresponsável.

Em se tratando de dependentes químicos, estudos mostram que a família se torna codependente do membro dependente, pois costumeiramente apresentam um comportamento de “amar demais” ou superproteger, por isso criam novos comportamentos e assumem novos papéis para aliviar a dor ou amenizá-la. A maioria dos familiares é significativamente atingida pelo fenômeno da dependência química (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Leite (2003) salienta que a família necessita estar envolvida ativamente no tratamento e no processo de recuperação do dependente, como núcleo de suporte fundamental do sujeito. Assim, além do tratamento individual é necessária uma intervenção terapêutica familiar.

Desta forma, mostra-se imprescindível um trabalho terapêutico com os familiares dos usuários, para que estes compreendam o fenômeno da dependência química e não

segreguem o dependente do convívio familiar, bem como assumam uma postura de apoio em relação ao mesmo. Ressalta-se que o uso abusivo de álcool ou outras drogas por um membro da família pode ocasionar fragilidade nos vínculos familiares e, em alguns casos, gerar o rompimento destes laços.

A disponibilidade dos membros será um fator significativo para um bom acompanhamento, contudo nem sempre isso é possível. Por isso, podemos recorrer a algumas intervenções que antecedem este processo, como atendimentos individuais aos familiares ou intervenções de orientação e suporte. É através do atendimento direcionado aos familiares que estes passam a receber apoio não só para lidar com suas angústias, bem como começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro de dependência química, e consequentemente melhora no relacionamento familiar (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Conforme mencionado anteriormente, a família pode se constituir como um fator de proteção no consumo de álcool ou outras drogas, bem como um fator de risco. Conforme Sanchez (2014) na esfera da prevenção primária os fatores de risco são aqueles que elevam a chance do início do consumo de álcool ou outras drogas ocorrer, já os fatores de proteção são aqueles que minimizam o risco desse consumo acontecer. A autora ainda complementa que,

problemas relativos ao ambiente familiar, como a falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos, relacionamento familiar de baixa qualidade, educação negligente e falta de autoridade dos pais, são os fatores de risco mais descritos na literatura. Outros fatores de risco bem descritos na literatura são: pais que abusam de substâncias ou sofrem de problemas de saúde mental, falta de regras claras de conduta, baixo rendimento escolar, vínculo com colegas que apresentem comportamento socialmente inadequado, violência doméstica, traumas na infância. Já os fatores protetores são: envolvimento familiar positivo, num lar em que haja estímulo dos pais para o desenvolvimento de habilidades sociais dos filhos, autocontrole e autoeficácia, companhia de amigos que não usam drogas, vínculo com organização religiosa e a adoção de normas convencionais quanto ao uso de drogas (SANCHEZ, 2014, p. 160).

Acrescenta-se que as práticas de saúde direcionadas às mulheres usuárias de álcool ou outras drogas devem ter como objetivo diminuir vulnerabilidades psicossociais, ao buscar reduzir fatores de risco e fortalecer fatores de proteção relacionados aos contextos do uso de álcool ou outras drogas, com o intuito de facilitar a reconstrução de laços familiares e sociais, favorecendo a reabilitação psicossocial e colocando-se como alicerce na formulação de ações de promoção, prevenção de riscos e tratamento da dependência química.

Neste contexto, as mulheres que fazem uso abusivo/dependência de álcool ou outras drogas precisam ser compreendidas como mulheres vulnerabilizadas por suas histórias de vida, marcadas pelo estigma e por outras singularidades que devem ser consideradas

durante o tratamento; do contrário, pode comprometer a adesão e a permanência das mulheres no tratamento. Compreende-se portanto, que a mais efetiva terapêutica é aquela que considera a mulher em sua integralidade, ou dito de outra forma, sua rede de apoio, suas preferências, suas condições de subsistência, suas potencialidades, seus limites e fragilidades, individualizando seu acompanhamento e oferecendo um cuidado que traduza as necessidades das mulheres e opere na lógica da produção do cuidado psicossocial.

5 PERCURSO METODOLÓGICO, RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CONSTRUINDO UM CAMINHO METODOLÓGICO

Consciente do papel do pesquisador e de que a realidade é mais rica do que o pensamento que a apreende, buscamos uma aproximação com o real no sentido de compreender algumas singularidades que envolvem a problemática do uso abusivo de drogas. E mais, visto sermos profissionais de Serviço Social, e que nenhuma pesquisa é neutra, nosso olhar de pesquisadora só pode estar imbuído de uma perspectiva do social. Assim, nossa visão da problemática em momento algum partiu de um olhar biologicista ou psiquiátrico da questão aqui exposta.

A pesquisa realizada seguiu uma abordagem qualitativa respaldada nas proposições de Minayo (1999), as quais indicam que este caminhar metodológico é o mais indicado frente a objetos que apresentam uma imprecisão, uma especificidade social, ou seja, que exige um examinar a subjetividade do real. A autora segue afirmando que o debate do qualitativo para o campo da saúde presencia-se com o eclodir de muitas questões, pois a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Assim, as abordagens qualitativas têm eclodido, nas pesquisas na área da saúde, como uma possibilidade de abstração dos determinantes da saúde para além do concreto (saúde como oposição à doença).

Para a coleta de dados utilizamos a observação participante e a entrevista semiestruturada, gravada quando os sujeitos permitiram. Os dez sujeitos pesquisados permitiram a gravação da entrevista semiestruturada. Lakatos e Marconi (1991) refere que a entrevista consiste no encontro de duas pessoas, com o intuito que uma delas adquira informações a respeito de determinado assunto, através de uma conversação da natureza profissional. Zanella (2009) acrescenta que a entrevista corresponde à técnica mais adequada para a informação de assuntos que apresentam maior complexidade, tais como opiniões que envolvem sentimentos, comportamentos, bem como facultam maior liberdade à conversa entre o entrevistador e o entrevistado.

A entrevista semiestruturada segundo Minayo (2004) combina perguntas fechadas e abertas, no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Esse modelo de entrevista nos permitiu um maior contato com a fala subjetiva dos sujeitos por não limitar suas respostas, mas deixá-los bem à vontade para falar.

Quanto à observação participante, Queiroz et al (2007) refere que esta técnica corresponde à inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, objetivando partilhar o seu cotidiano para apreender o que significa estar naquela situação.

Quanto ao local do estudo privilegiamos o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas III de Maracanaú, localizado à Rua Sinfrônio Peixoto, sem número, bairro Boa Esperança, em Maracanaú - Ceará, por ser o espaço onde atuamos enquanto Assistente Social. Este dispositivo, único na modalidade, é regional e atende aos moradores de Maracanaú, Pacatuba, Guaiúba, Acarape, Redenção, Maranguape e Palmácia oferecendo assistência aos indivíduos com transtornos decorrentes do abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Os sujeitos entrevistados foram as mulheres atendidas no CAPSad III de Maracanaú, em tratamento há mais de seis meses e que estiveram frequentando o serviço entre os meses de junho a agosto de 2019. Estar frequentando o acompanhamento foi o principal critério de inclusão na pesquisa, embora tenhamos escolhido o método de inclusão por saturação teórica.

A saturação teórica conforme Fontanella et al (2008, p. 17) corresponde a “suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”. A pesquisa teve início com cinco entrevistadas, atingindo dez entrevistas ao final, adotando a saturação teórica.

O início das entrevistas se deu com o convite para participar da pesquisa, a explicação dos objetivos da mesma, prosseguindo com a apresentação do instrumental utilizado, bem como a garantia de que este estudo resguarda consonância com os princípios do código de ética do Assistente Social e da Resolução 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos na saúde. Utilizamos o termo de consentimento livre e esclarecido, que protege os direitos dos participantes da pesquisa constando no mesmo da assinatura do participante e da pesquisadora. Para registro das falas dos entrevistados foi utilizado o recurso da gravação em MP3, com autorização dos entrevistados.

Para fins de apresentação dos resultados e análise, seguiremos os princípios orientadores de Minayo (1999) para análise temática. Inicialmente demonstraremos por meio de quadro o panorama da situação socioeconômica das mulheres. Em seguida, apresentaremos as categorias abstraídas dos discursos das mulheres acerca do fenômeno da

dependência química, os processos de adoecimento-cuidado e rebatimentos em suas vivências.

Este estudo envolve categorias analíticas, as quais permitem identificar a situação socioeconômica das mulheres atendidas no CAPSad III de Maracanaú, bem como o conhecimento das mulheres sobre dependência química, as causas atribuídas pelas mulheres para o uso abusivo ou dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas e as consequências da dependência química identificadas pelas mesmas.

Conforme Polit e Hungler (1995) o estabelecimento de categorias faz referência a um conceito amplo de elementos ou aspectos com características similares ou que se relacionam, sendo estabelecidas com o objetivo de agrupar elementos, ideias, compreensões ou expressões acerca de um conceito que a represente.

5.2 SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL DAS MULHERES

As discussões aqui apresentadas partem do diálogo entre os autores que fundamentam a pesquisa e os sujeitos entrevistados. Assim, a análise seguiu o que os autores dizem a respeito da problemática do uso abusivo e dependência de álcool e drogas e quais as percepções das mulheres entrevistadas sobre a referida problemática. Com os discursos gravados, procedemos à sua transcrição literal. A transcrição e a organização das falas foram realizadas na mesma ordem em que foram feitas as entrevistas. Os sujeitos foram identificados por números, sendo dez o total de entrevistadas, conforme mencionado anteriormente. A primeira parte da entrevista obtém dados que traça um panorama da situação socioeconômica dos sujeitos, seguido de perguntas abertas.

No segundo momento, tendo os discursos já transcritos, selecionamos nas falas dos sujeitos as partes mais significativas, traçando um diálogo entre tais falas e os autores que nortearam a presente pesquisa, para entender o que as mulheres compreendem por dependência química, quais fatores ocasionaram o consumo de álcool e drogas, bem como as consequências da dependência química para as mesmas.

A ordem em que expomos a análise segue a lógica da própria entrevista, extraindo o tema que mais aparece.

A pesquisa foi realizada com 10 (dez) mulheres em tratamento no CAPSad III de Maracanaú, dos quais traçamos um panorama da situação socioeconômica das mesmas.

Quadro 1 - Distribuição da situação socioeconômica e cultural das mulheres em tratamento no CAPSad III de Maracanaú, agosto de 2019

(continua)

IDADE	04 mulheres de 18 a 30 anos 03 mulheres entre 31 e 40 anos 03 mulheres entre 41 e 60 anos
RAÇA	02 brancas 07 pardas 01 negra
ESTADO CIVIL	05 solteiras 03 com união estável 01 casada 01 viúva
ESCOLARIDADE	01 sem escolaridade 07 ensino fundamental incompleto 01 ensino médio incompleto 01 ensino médio completo
PROFISSÃO	02 artesãs 02 costureiras 03 cozinheiras ou aux. cozinha 01 manicure 01 repositora 01 recepcionista
OCUPAÇÃO	02 trabalhos informais 01 trabalho formal 05 desempregadas 02 benefício ou pensionista
RENDAMENTO MENSAL	05 sem renda 04 até 01 salário mínimo 01 acima de 01 salário mínimo
NÚMERO DE FILHOS	02 sem filhos 04 de 1 a 2 filhos 03 de 3 a 4 filhos 01 de 5 a 6 filhos
NATURALIDADE	01 oriundo de Maracanaú 03 oriundos de Fortaleza 01 oriundo de Beberibe 01 oriundo de Quixadá 01 oriundo de Itapipoca 01 oriundo de Jucás 02 oriundos de outros estados
ACESSO AO SERVIÇO	03 - demanda espontânea 01 - encaminhamento do CAPS II 03 - encaminhamento das unidades básicas de saúde 01 - encaminhamento do matriciamento 01 - encaminhamento do hospital 01 - encaminhamento da justiça
TEMPO DE TRATAMENTO	03 - de 6 meses a 1 ano 03 - acima de 1 ano até 3 anos 04 - acima de 3 anos até 5 anos
NÚMERO DE INTERNAMENTOS	07 - sem internamentos 03 - 2 internamentos
IDADE DE INÍCIO DO USO	04 iniciaram entre 07 a 12 anos 05 iniciaram entre 13 a 19 anos 01 iniciou acima de 20 anos

Quadro 1 - Distribuição da situação socioeconômica e cultural das mulheres em tratamento no CAPSad III de Maracanaú, agosto de 2019

(conclusão)

SUBSTÂNCIA QUE INICIOU	01 iniciou com álcool e tabaco 01 iniciou com álcool e cocaína 05 iniciaram com álcool 01 iniciou com tabaco 01 iniciou com maconha 01 iniciou com benzodiazepínicos
SUBSTÂNCIA UTILIZADA NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS	02 fazem uso somente de álcool 01 faz uso de álcool e tabaco 01 faz uso de álcool e cocaína 01 faz uso somente de tabaco 01 faz uso de benzodiazepínicos 02 fazem uso de álcool, tabaco e crack 01 faz uso de álcool, maconha e cocaína 01 faz uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack
COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA	04 possuem 06 não possuem
TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA	03 possuem 07 não possuem

Fonte primária (Entrevista), 2019.

De acordo com os dados apresentados no tocante à faixa etária, 04 mulheres têm idade entre 18 e 30 anos, 03 mulheres têm idade entre 31 e 40 anos, perfazendo um total de 07 mulheres pesquisadas. Constata-se desta forma, o enquadramento das entrevistadas no perfil das mulheres adultas jovens, em idade produtiva e reprodutiva. Os referidos dados reiteram outros estudos realizados no país que também apontam esta faixa etária predominante em mulheres em uso abusivo de substâncias psicoativas (MARAGOGI, 2011).

Quanto à raça das entrevistadas, 07 mulheres referiram serem pardas e 01 referiu ser negra, assim observou-se que há uma predominância de mulheres pardas e negras, totalizando 08 mulheres. Em relação à raça, dados nacionais apontam que as desigualdades resultantes de questões étnico-raciais são inúmeras. Neste sentido, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2011) adverte que as desigualdades de gênero e raça são estruturantes da desigualdade social brasileira e que não haveria nesta afirmação nenhuma novidade que já não tenha sido insistentemente salientada pela sociedade civil organizada, sobretudo pelos movimentos negro, feminista e de mulheres, no transcorrer das últimas décadas. Inúmeras são as denúncias que sinalizam para as piores condições de vida de mulheres e negros, para os empecilhos à participação igualitária em vários campos da vida social e para os impactos que estas desigualdades e discriminações geram não somente para os grupos mencionados, mas para toda a sociedade. Complementando esta informação Quadros (2004) aponta que, em um quadro global de gravíssimas desigualdades sociais, já largamente identificado, salienta-se

uma nítida hierarquia que tem, no topo, os homens brancos (não negros) e que vai descendo para as mulheres brancas, homens negros (e pardos) e mulheres negras.

As desigualdades decorrentes de questões étnico-raciais são numerosas. Em nosso país, na área da saúde, estas desigualdades se refletem nos dados que corroboram a redução da expectativa de vida da população negra, tanto pelas taxas de morte materna e infantil como pela violência e pelo consumo de drogas experienciadas de forma mais intensa pelos grupos populacionais de pardos e negros (BRASIL, 2011a).

Quanto ao estado civil, 05 mulheres são solteiras e 01 é viúva, totalizando 06 mulheres pesquisadas. Percebe-se então que houve a predominância de mulheres solteiras e que não possuem companheiros estáveis. Percebe-se então que houve a predominância de relacionamentos instáveis, compreendido por Marangogi (2011) como englobando mulheres solteiras ou que vivem um relacionamento conjugal informal e rotativo, sinalizando a provável ausência do companheiro fixo, sendo em sua maioria consideradas chefe de família. Araújo (2006, p. 22) define mulheres chefe de família como “a mulher responsável pela manutenção econômica da unidade doméstica e sobre a qual pesa a responsabilidade de sobrevivência das pessoas sob o seu encargo”.

Barros, Carvalho e Franco (2006) referem que as famílias chefiadas por mulheres possuem piores indicadores de acesso ao trabalho e ao conhecimento, uma vez que muitas vezes o chefe não se encontra trabalhando e quando está trabalhando, o faz no mercado informal. Ademais, no transcorrer das últimas décadas percebeu-se a continuação da tendência de elevação na proporção de famílias chefiadas por mulheres que passou de 19,7% em 1993 para 28,8% em 2006. Esta tendência vem sendo monitorada com reservas por pesquisadores da temática, visto ser um dado que, por um lado, sinaliza para contextos de precarização da vida e do trabalho das mulheres e, por outro, aponta também sobre processos de desempoderamento das mulheres. Assim, este dado consiste em um importante indicador de desigualdade de gênero.

Os dados relativos à escolaridade evidenciam que 01 mulher não possui escolaridade e 07 familiares possuem o ensino fundamental incompleto. A análise desses dados revela a baixa escolaridade das mulheres e um elevado grau de evasão escolar por parte das mesmas. Estes dados vão ao encontro do que o IPEA (2011) aponta no documento intitulado Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, no qual ao longo dos anos foi possível perceber avanços graduais nos números da educação no país. Contudo, observa-se a permanência das desigualdades que ao longo da história brasileira têm limitado o acesso, a progressão e as oportunidades, sobretudo da população negra, de nordestinos e da população

rural na educação. Acrescenta-se que o uso continuado do álcool ou das drogas além de possivelmente favorecer a evasão escolar, pode implicar em dificuldades em realizar atividades cognitivas que exijam atenção e concentração, trazendo prejuízos significativos no rendimento escolar. Corroborando com os dados da presente pesquisa, estudo realizado por Sanchez e Nappo (2002) sinalizam a baixa escolaridade dos indivíduos usuários de drogas na cidade de São Paulo e salientam que mais da metade dos entrevistados interrompeu seus estudos no ensino fundamental. Assim, a droga surgiu como sendo o motivo desse atraso conforme os depoimentos dos entrevistados, embora não seja o único motivo.

Vasters e Pillon (2011) referem que a relação entre baixo rendimento ou evasão escolar e a utilização de drogas é discussão recorrente na literatura, e esta realidade também foi percebida em seu estudo realizado com adolescentes atendidos em um CAPSad do interior paulista. As autoras complementam que, a exclusão da educação formal pode eliminar a escola enquanto uma via de acesso a políticas de prevenção às drogas.

Quanto à profissão, 02 mulheres são artesãs, 02 mulheres são costureiras, 03 são cozinheiras ou auxiliar de cozinha e 01 é manicure, somando-se um total de 08 mulheres. Este dado sinaliza a concentração das mulheres em atividades pouco remuneradas tais como cozinheiras, garçonetes, artesãs, manicure, babás, entre outras. Dentro desta compreensão, Silva e Vargens (2009) afirmam que a desvalorização social de algumas profissões, a subvalorização do trabalho feminino, seguido de baixos salários mostra que historicamente ocorreu um processo de submissão da mulher. Esta construção social da história da mulher através da inferiorização e suposta incapacidade de igualar os sexos demarca papéis sociais diferentes, favorecendo o homem, permitindo-lhe oportunidades de modo desigual em relação às mulheres. Assim, parcelas significativas de mulheres continuam excluídas do poder de decisão, tanto na vida pública quanto privada e se deparam com maiores dificuldades de se inserirem em atividades de melhor remuneração.

No que se refere à situação no mercado de trabalho, 02 mulheres exercem atividades no mercado informal e 05 estão desempregadas, não exercendo, portanto, nenhuma atividade profissional remunerada, somando-se 07 entrevistadas com instabilidade financeira ou ausência de renda. Este dado sinaliza que a maioria das mulheres não possui direitos trabalhistas, uma vez que não possuem vínculos empregatícios. Este dado é indicativo de que as mulheres têm menos acesso ao cuidado e estão mais sujeitas à vulnerabilidade.

Com relação à renda familiar, verifica-se que 05 mulheres não possuem renda e 04 mulheres possuem renda até um salário mínimo, perfazendo um total 9 mulheres pesquisadas. Este dado demonstra que as mulheres em sua maioria possuem baixo poder

aquisitivo e que somado ao trabalho precarizado do mercado informal e ao elevado índice de desemprego entre as entrevistadas, percebemos um cenário de vulnerabilidades ao qual as mesmas estão expostas. Os dados mencionados corroboram com a compreensão de Jora (2014, p. 98), no qual “o uso de drogas interfere, direta e indiretamente, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais que envolvem a qualidade de vida das mulheres”.

Se ponderarmos sobre todas as necessidades dos indivíduos em uma grande metrópole como alimentação, moradia, transporte, etc., podemos compreender que a renda das mulheres é insuficiente para a satisfação de necessidades básicas das mesmas e suas famílias.

Certamente estes dados demonstram correlação com a necessidade de intervenções junto às mulheres e suas famílias, visando não somente disponibilizar o tratamento, mas também a possibilidade de intensificar parcerias e encaminhamentos para programas e projetos de geração de renda, escolarização, cursos profissionalizantes, dentre outros. Assim, os dados acima também oferecem elementos suficientes para iniciar intervenções visando a reflexão sobre o papel das mulheres no mercado de trabalho, seus papéis enquanto mulher chefe de família e sua relação com o álcool e as substâncias psicoativas.

No que se refere ao número de filhos, 04 mulheres possuem de 1 a 2 filhos, 03 mulheres possuem de 3 a 4 filhos e 01 mulher possui de 5 a 6 filhos, totalizando 08 das mulheres entrevistadas. Este dado revela que a maioria das mulheres possui experiências maternas em suas vidas. Em pesquisa realizada por Marangogi (2011), esta afirma que o uso habitual das drogas e o avanço da dependência podem conduzir as usuárias a realizarem atividades ilícitas e a uma possível gravidez não planejada, em decorrência da troca de sexo por drogas, além de outras complicações de saúde.

Oliveira e Paiva (2007) em pesquisa com usuárias de drogas na cidade de Salvador, concluíram que a maternidade surgiu como consequência, não planejada, dos relacionamentos sexuais mantidos sem uso de preservativo e/ou de qualquer outro método contraceptivo.

Segundo Laranjeira et al (2003), os cuidados a gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas é complexo e exige competências técnicas e psicossociais dos profissionais de saúde. O principal obstáculo no acompanhamento das mulheres dependentes seria o preconceito e, quando estas estão grávidas, esse preconceito se multiplicaria, por esta razão elas tenderiam em não referir o consumo de drogas durante a gestação. Ademais, em decorrência de serem gestantes usuárias de drogas de abuso, procurariam menos assistência

pré-natal e apresentariam a tendência em não relatar o consumo de álcool, tabaco ou drogas durante a gestação, ocasionando obstáculos em estimar-se a idade gestacional de forma precisa.

No que se refere à naturalidade das mulheres, 03 mulheres são oriundas de Fortaleza, outras 03 são oriundas de cidades do interior do Estado de Ceará, 02 oriundas de outros estados da federação, sendo que somente 01 das entrevistadas nasceu na cidade de Maracanaú. Este dado revela o grande êxodo rural ainda existente em nosso estado, bem como Maracanaú ser um município jovem, com apenas 36 anos de constituição.

No tocante ao acesso das mulheres ao serviço, 03 mulheres foram encaminhadas de unidades básicas de saúde, 01 encaminhada do CAPS Geral II, 01 encaminhada do hospital municipal e 01 encaminhada da justiça. Este dado é importante ao percebermos que 07 mulheres do universo pesquisado foi encaminhado de alguma instituição pública. Compreende-se assim, que estas mulheres em sua maioria foram acolhidas pelos serviços de saúde e foi identificado a relevância do tratamento para o uso abusivo de qualquer substância, sendo as mesmas sensibilizadas e encaminhadas ao CAPSad III de Maracanaú. Este fato pode ter se dado em decorrência da implantação do apoio matricial há quase uma década no município, que vem favorecendo uma melhor articulação da saúde mental com a atenção básica.

Contudo, apenas 03 das mulheres ingressaram no tratamento por demanda espontânea, sendo portanto, um número reduzido. Este dado pode apontar que as mulheres estão encontrando dificuldades para buscar acompanhamento e que muitas outras mulheres ainda não acessaram o tratamento para uso abusivo de álcool ou outras drogas, havendo a necessidade de refletir sobre as possibilidades de intensificar ações nos territórios, divulgação de atividades nos meios de comunicação locais e a busca de novas parcerias.

No tocante ao tempo de tratamento no CAPSad III de Maracanaú, 03 mulheres estão no intervalo acima de um ano até três anos e 04 mulheres encontram-se no intervalo de três anos até cinco anos, totalizando 07 das entrevistadas. Este dado aponta que, a maioria das mulheres está em tratamento há um período significativo e possui um bom vínculo terapêutico com a equipe. Ressalta-se que, durante o acompanhamento, é previsível que haja períodos de maior adesão ao tratamento e períodos de afastamento do mesmo. Um suposto “abandono” do acompanhamento não significa que o mesmo fracassou, uma vez que é importante levar em conta que recaídas seguidas de reinício do tratamento configuram muitas vezes em uma maior conscientização do uso abusivo e/ou dependência. Esta compreensão vai ao encontro da teoria desenvolvida por James O. Prochaska e colaboradores denominada modelo transteórico de

mudança de comportamento, que demonstra a importância de, inicialmente, acessar o estágio de prontidão para a mudança do indivíduo e, posteriormente, adequar as intervenções terapêuticas a ele. Os autores pontuam etapas de motivação pelas quais o indivíduo passa no decorrer do processo de mudança e defendem que avaliar a motivação para mudança, independentemente do tratamento utilizado, sinaliza ser um aspecto significativo para a aplicação de intervenções adequadas aos pacientes. (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992)

Em relação às internações, 07 mulheres nunca foram internadas em decorrência do uso abusivo de álcool ou drogas, correspondendo a 07 das entrevistadas. Este dado pode revelar que a maioria das mulheres não necessitou de internação em leitos psiquiátricos e/ou psicossociais até o momento. Acrescenta-se que, duas das três mulheres que referiram terem vivenciado a internação, tem histórico de internação no CAPSad III de Maracanaú, denotando que este tem apontado “ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade: recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.” (BRASIL, 2012).

No que se refere à idade de início do uso, 04 mulheres iniciaram entre 7 e 12 anos e 05 iniciaram entre 13 e 19 anos, perfazendo um total de 9 das pesquisadas. Este dado é revelador ao apontar que a experimentação ocorreu durante a infância e adolescência. Estes dados estão em consonância com estudo realizado por Vasters e Pillon (2011) no interior de São Paulo, no qual a primeira experimentação de drogas também ocorreu durante a adolescência. Nery Filho e Torres (2002) afirmam que a droga surgiria na adolescência, juntamente com a emergência da sexualidade, o questionamento de antigas regras e a procura de maneiras próprias de viver. A adolescência é um período conflituoso para os jovens e para os familiares. Porém, segundo os autores o uso de substâncias psicoativas não se inicia unicamente neste período, nem se constituiria como um problema exclusivo desta faixa etária

No que se refere à primeira substância consumida, 05 mulheres iniciaram com álcool, 01 mulher iniciou com álcool e tabaco e 01 mulher iniciou com álcool e cocaína, totalizando 07 das pesquisadas. Este dado somado ao dado referente à idade de início do uso revela que o álcool iniciou precocemente na vida da maioria das mulheres pesquisadas. Ademais, se observarmos atentamente este dado podemos identificar que 09 das mulheres entrevistadas iniciaram o uso com a presença significativa das drogas legalizadas (álcool, tabaco e benzodiazepínicos), embora algumas tenham sido associadas a outras substâncias.

Esta compreensão corrobora com Silveira (2000) ao afirmar que muitas pessoas consideram que existem apenas algumas poucas substâncias extremamente perigosas, sendo

comumente denominadas de drogas, bem como compreendem que as drogas são apenas os produtos ilegais como a maconha, a cocaína e o crack. Entretanto, sob a ótica da saúde, diversas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas, tais como o álcool, que também é considerado uma droga como as demais.

O autor complementa que, embora muitos indivíduos tenham a tendência em acreditar que substâncias como o álcool, uma vez que são legalizadas, não são tão problemáticas e prejudiciais quanto as drogas ilegais, corresponde a um grande engano. Apesar de nossa cultura ser demasiadamente tolerante com relação às substâncias legalizadas (álcool, medicamentos, tabaco, etc.), devemos refletir sobre esta conduta social.

No tocante às substâncias utilizadas nos últimos dois anos, 02 mulheres fazem uso somente de álcool, 02 mulheres fazem uso de álcool, tabaco e crack, 01 mulher faz uso de álcool e tabaco, 01 mulher faz uso de álcool e cocaína, 01 mulher faz uso de álcool, maconha e cocaína e 01 mulher faz uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack. Se somarmos as mulheres que utilizam álcool, com ou sem outra substância, corresponde a 08 das mulheres pesquisadas. Compreende-se então que a substância de maior predileção entre as mulheres continua sendo o álcool e, em virtude de ser uma substância legalizada e presente massivamente em nossa sociedade na socialização dos indivíduos, há uma maior dificuldade em se chegar ao âmago da dependência de etílicos. Esta compreensão vai ao encontro de Seibel e Toscano Jr. (2001) ao defenderem que o alcoolismo, pelas importantes consequências nas esferas psíquica e somática dos indivíduos, assim como pelas repercussões severas na sociedade, deve ser considerado atualmente como uma das mais graves questões de saúde pública no país. O elevado grau de relação entre muitos dos acidentes de trânsito e a velocidade de reação e percepção dos indivíduos se deve fundamentalmente às alterações ocasionadas pela ingestão de álcool. A absorção do etanol se dá com rapidez através do estômago, local onde ocorre 20% da absorção, bem como no intestino delgado, local onde ocorre 80% da absorção.

Laranjeira et al., (2003) complementa que as complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente vinculadas ao uso crônico. As intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Assim, as complicações relacionadas ao consumo de álcool podem acometer os sujeitos de todas as idades.

Em relação às comorbidades psiquiátricas, 04 mulheres afirmaram possuírem transtornos mentais leves, totalizando 04 das entrevistadas. Este dado sinaliza que há a necessidade de um acompanhamento mais atento destas mulheres, uma vez que a existência

da comorbidade pode agravar o uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste sentido, Diehl et al. refere que:

uma série de desafios relacionados aos cuidados de dependentes de álcool e outras drogas estão presentes no que diz respeito ao tratamento desses pacientes, os quais vão desde diminuição da disponibilidade de serviços até falta de esclarecimento por parte dos médicos. Esses desafios tornam - se ainda maiores quando o paciente, além de utilizar substâncias, possui um quadro psiquiátrico associado, o que constitui uma comorbidade, ou seja, ocorrência de duas patologias sofridas por um mesmo indivíduo, na qual uma dificulta o diagnóstico da outra, piorando o tratamento e o prognóstico de ambas. A utilização de substâncias e os prejuízos relacionados com elas aumentam a chance do surgimento de outros transtornos (DIEHL et al, 2011, p.106).

Boni e Kessler (2010) complementam que o uso de drogas pode ser causa e/ou consequência de sintomas psiquiátricos. Quando a presença desses sintomas demonstra representar uma doença independente (além do transtorno por uso de substâncias), os autores identificam um subgrupo de indivíduos chamados de indivíduos com diagnóstico duplo ou comorbidade.

Os autores advertem que os indivíduos com comorbidade psiquiátrica e uso abusivo de substâncias psicoativas frequentemente apresentam maiores dificuldades para aderirem ao tratamento e, geralmente, não respondem bem a abordagens terapêuticas direcionadas exclusivamente a um dos transtornos, sendo necessário combinar medicações e modificar as terapias psicossociais, incluindo abordagens para ambos.

Desta forma, a prevalência de comorbidade vem demandando um tratamento mais atuante de toda a equipe dos CAPS e de outros serviços, sobretudo no acompanhamento como na identificação do diagnóstico psiquiátrico.

No que se refere ao histórico de transtorno mental na família, 03 mulheres referiram possuírem parentes com diagnóstico de transtorno mental severo e persistentes, correspondendo a 03 das pesquisadas. Diante deste dado, devemos ponderar que alguns transtornos mentais sofrem significativa influência de fatores genéticos e que parentes com diagnóstico com transtorno mental severo e persistente, deve ser considerado durante o tratamento da dependência química. Dentro desta compreensão, Hales, Yudofsky, Gabbard (2012) referem que diversos estudos relatam consistentemente riscos mórbidos elevados para esquizofrenia nos parentes de primeiro grau de pessoas com esquizofrenia, se comparados com os da população geral, sugerindo que a esquizofrenia é familiar. Acrescentam que, os transtornos do humor maiores, como transtorno bipolar e depressão também se revelaram altamente familiares em diversos estudos europeus e norte-americanos, desde a conceitualização do transtorno bipolar, há mais de 40 anos.

5.3 OLHARES E PERCEPÇÕES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA PARA AS MULHERES

Tendo realizado um sucinto panorama da situação socioeconômica das mulheres em tratamento no CAPSad III de Maracanaú, passaremos à análise da fala das mulheres em interação com o conteúdo abordado pelos autores ao longo do presente estudo.

Quadro 2 - Motivos que levaram às mulheres ao consumo de álcool e outras drogas

MOTIVOS QUE LEVARAM AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	04 influência dos pais ou hereditariedade 03 curiosidade ou influência de amigos 01 vítima de abuso sexual 01 vítima de violência física 01 abuso de remédios
---	---

Fonte primária (Entrevista), 2019.

Na análise das falas das mulheres identificamos vários fatores que ocasionaram o consumo de álcool e/ou drogas: inicialmente se sobressaindo a hereditariedade ou influência dos pais, seguido da curiosidade em experimentar os efeitos do álcool e das drogas e a influência de amigos. Em termos percentuais, uma quantidade menor das mulheres entrevistadas mencionou que a motivação para o início do consumo de álcool ou drogas como sendo o abuso sexual e a violência física, ambas perpetradas pelos pais.

Na presente pesquisa a hereditariedade e/ou influência de familiares foram mencionadas nas falas de quatro das participantes, como fator de influência no início do consumo de álcool e outras drogas, perfazendo um total de 04 das mulheres entrevistadas.

A minha mãe bebia cachaça e fumava. O meu pai era dono de bar. Meu pai me levava pro bar, bebia e botava os copim de drea pra mim beber e eu bebia. Eu era criança. (Entrevistada 5)

O discurso apresentado refere que a entrevistada presenciava o consumo de álcool no seio da família, perpetrado tanto pela mãe, quanto pelo pai. O genitor levava a filha ainda na fase da infância para o bar e lhe oferecia copos do conhaque Dreher, que era consumido pela mesma. Ressalta-se que, diversos estudos referem que a iniciação e o consumo de álcool e/ou outras drogas tem relação com o consumo destas substâncias por parte dos familiares. Nery Filho e Torres (2002), por exemplo, reiteram que os estudos demonstram que o consumo de drogas pelos pais influencia o consumo de drogas pelos filhos. Entre adolescentes, a necessidade de trabalhar e o enfraquecimento dos laços familiares são fatos associados a um maior consumo de substâncias psicoativas. Entre adultos, as longas jornadas de trabalho,

execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são também fatores que demonstram relação com um maior uso de substâncias psicoativas.

Eu fui num clube que tinha lá perto [de casa] com a minha mãe. Eu lembro que fui com ela e vi ela tomando uma cervejinha assim. Eu peguei e tomei. Ela não viu, ninguém viu. Eu saí correndo. Quando foi com 11 anos já vi meu pai bebendo num bar na rua 85 [nas proximidades de casa] e fui lá na intenção de beber. Eu cheguei e pedi um dos meus amigos pra virar as costas. Aí quando ele virou as costas eu tomei uma lapada e vim embora. Depois um amigo que mora vizinho me disse pra provar a maconha e eu fui lá [experimental]. (Entrevistada 8)

Esta fala narra que foi em um clube perto de casa acompanhada da mãe e viu a mãe “tomando uma cervejinha”. Em seguida, tomou a bebida e a mãe não viu, ninguém viu e saiu correndo. Acrescenta que aos 11 anos viu o pai bebendo em um bar nas proximidades de casa e foi lá na intenção de beber. Chegou no bar e pediu para um dos amigos virar as costas e tomou uma “lapada” e foi embora. Depois um amigo que morava vizinho lhe disse pra provar a maconha e foi lá e experimentou. Esta narrativa é bastante eloquente ao percebermos que o álcool estava presente no cotidiano da família desde a infância da entrevistada, despertando sua curiosidade em experimentar o álcool nas ocasiões em que teve oportunidade. Ressalta-se ainda que nas redondezas de sua casa se davam os eventos com bebida alcoólica presenciados pela mesma, bem como na própria vizinhança se deparou com o consumo de maconha, tendo experimentado em seguida. Podemos constatar que esta é uma realidade bastante presente em nossa sociedade, no qual as crianças e os adolescentes presenciam o consumo de álcool e outras drogas em seu próprio território. Figlie (2004) adverte que filhos de indivíduos com dependência química demonstram risco aumentado para transtornos mentais, desenvolvimento de problemas emocionais e prejuízo em atividades escolares. Dentre os transtornos psiquiátricos, apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicotrópicas em comparação com crianças cujos pais não são dependentes, sendo que filhos de dependentes de álcool têm um risco aumentado em quatro vezes de se tornarem indivíduos dependentes de álcool na fase adulta.

De acordo com Hoffmann (2002), a pesquisa sobre a transmissão familiar do comportamento de consumo de substâncias psicoativas realizada na Universidade de Washington com 1212 dependentes químicos e seus filhos refere que a dependência de álcool e de substâncias psicoativas é influenciada por fatores biológicos e ambientais. Os dados mostraram que uma grande parcela dos filhos de pais alcoolistas, principalmente do sexo masculino - aproximadamente 50% dos irmãos e 25% das irmãs – eram dependentes de

etílicos. No tocante à maconha, cocaína e hábito de fumar, observou-se que filhos de dependentes apresentavam um elevado risco de dependência.

Acrescenta-se que no presente estudo a curiosidade em experimentar os efeitos do álcool e das drogas e a influência de amigos foram mencionadas nas narrativas de três participantes como fatores que levaram ao início do consumo de álcool e outras drogas.

Eu comecei a beber por diversão mesmo, por folia. Era muito nova. Não tinha filho. Eu comecei a andar nas festas com as amigas. Gostava de festa. Saía até escondido da minha mãe pra ir pras festas. Aí comecei a beber com 13 anos. (Entrevistada 1)
Eu mesma que quis beber. Tive curiosidade de experimentar. Ninguém ofereceu. O álcool eu comprei e tomei. Depois uns amigos me ofereceram a cocaína. (Entrevistada 2)

Estas falas evidenciam como causas para o consumo de álcool e/ou drogas a curiosidade e a influência do ciclo de amizade. A primeira fala menciona que começou a beber por diversão, por “folia”, pois passou a frequentar festas, saindo escondido da mãe e sob a influência de amigos em momentos de diversão começou a beber aos 13 anos. A segunda fala refere à curiosidade como fator preponderante para a experimentação do álcool, negando que houvesse neste momento o oferecimento de bebida alcóolica por parte de outra pessoa, seguido pelo consumo de cocaína a partir do oferecimento por parte de amigos.

Estas falas vão ao encontro com os resultados encontrados por Bernardy e Oliveira (2010) em sua pesquisa com jovens institucionalizados realizada no Estado do Paraná, no qual foram apontados pelos jovens como fatores que possivelmente levaram ao início do uso de álcool e drogas: curiosidade, influência familiar e dos amigos.

Gabatz et al. (2013) defendem que no início do uso de drogas há movimentos de busca pelos usuários, cuja experimentação não objetiva mais a aceitação do grupo, ao desafio e ao respeito ao outro. Contudo, existe a vontade própria ou até mesmo curiosidade de sentir os efeitos da droga, o que denota uma postura mais ativa para a escolha da droga.

Cabe evidenciar que outro fator mencionado que ocasionou o consumo de álcool e/ou drogas por parte das mulheres foi a vivência de situações de violência durante a infância ou adolescência. A vivência de abuso sexual foi mencionada por uma das entrevistadas e a violência doméstica foi narrada por uma das entrevistadas.

No início foi assim. Eu fui abusada pelo meu pai. Meu pai não chegou a ter penetração, mas ele me aliciava. Foi na fase da adolescência e comecei a beber. Não queria dizer pra ninguém. Nunca disse pra ninguém. A maneira que eu tinha pra enfrentar era bebendo. (Entrevistada 4)

Este relato salienta que o início do consumo de álcool se deu em decorrência das situações de abuso sexual perpetrado pelo próprio pai, que aliciava a filha, que não relatava o abuso a ninguém e como forma de enfrentamento desta realidade iniciou o consumo de bebida alcoólica. Faz-se mister esclarecer que somente uma das mulheres entrevistadas mencionou que o motivo para a experimentação do álcool ou drogas foi o abuso sexual. Esta fala vai ao encontro das afirmações de Kurt e Stein (2012), no qual os fatores de risco para o alcoolismo em mulheres incluem história de abuso sexual, abuso de substâncias, transtorno da personalidade e depressão. Zilberman e Blume (2005) complementam que o álcool e outras drogas são geralmente utilizados por mulheres para automedicar a dor decorrente de situações de violência doméstica e trauma.

A minha mãe era alcoólatra. Fumava cigarro e mandava eu acender. Aí eu fumava. Ela bebia muito e me deixava só. E ela me batia muito, tirava sangue da minha cara, me deixava cheia de hematoma e eu ia ficando mais revoltada. Mais revoltada e fazia as coisas que não era pra fazer. Com uns 11 anos eu comecei a beber, fumar e andar com os vagabundo. (Entrevistada 6)

Esta fala refere o alcoolismo da mãe e das agressões físicas sofridas durante a infância, ao relatar que a mãe batia muito e “tirava sangue” do rosto e deixava hematomas no corpo foram fatores preponderantes para o início do consumo de álcool. Na referida fala ainda é possível perceber a negligência sofrida durante a infância, no qual a mãe bebia muito e deixava a criança sozinha. É importante salientar que somente uma das mulheres pesquisadas relatou que a causa para a experimentação do álcool ou drogas foi a violência física.

Assim, a influência do abuso sexual e da violência doméstica no consumo de álcool das entrevistadas está em conformidade com os apontamentos feitos por Covington (2012). Segundo o autor o alcoolismo e outras dependências químicas demonstradas pelas mulheres estão relacionadas a abusos sexuais sofridos anteriormente. Covington refere que:

o alcoolismo e outras dependências são muitas vezes ligados a uma história de abuso. Mulheres alcoólatras tendem mais a ter sido vítimas de abuso, mais frequente e por períodos mais longos, do que as mulheres não alcoólatras. E mulheres que sofreram abuso tendem mais a se tornar alcoólatras do que as que não sofreram. Nossas dependências podem ter sido uma tentativa de apagar essas dolorosas lembranças de infância (COVINGTON, 2012, p. 184).

Quadro 3 - Compreensão das mulheres sobre a dependência química

COMPREENSÃO SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	04 incapacidade de controlar o consumo 02 doença que precisa de tratamento 02 algo destruidor em suas vidas 01 perda de dignidade 01 dependência como processo gradual
--	--

Fonte primária (Entrevista), 2019.

Na análise das falas das mulheres percebemos um conhecimento confuso do fenômeno da dependência química. Algumas entrevistadas referem à compreensão desta problemática como, decorrente de uma incapacidade de controlar o uso abusivo, outras compreendem enquanto doença, necessitando de tratamento. Outras entrevistadas relataram compreender este fenômeno como algo destruidor em suas vidas e uma pequena parcela compreende enquanto perda da dignidade e outra pequena parcela compreende dependência enquanto um processo gradual. Nesta lógica, percebemos um entendimento confuso acerca da dependência química por parte das mulheres em acompanhamento no CAPSad III de Maracanaú, representando um reflexo do conhecimento superficial da sociedade em geral sobre esta problemática.

Na presente pesquisa a compreensão da dependência química como a incapacidade de controlar o uso abusivo foram mencionadas nas falas de quatro das participantes, conforme podemos observar no relato a seguir:

A pessoa quando tá viciada fica obcecada. Quer mais e mais, mais e mais. Não tem limite. Quanto mais você fuma [crack], você quer mais. Quanto mais você bebe, você quer beber mais. (Entrevistada 6)

Esta fala menciona a obsessão do dependente químico, não dispondo de mecanismos para controlar a dependência química, denotando, portanto, que a pessoa estaria viciada. A referida fala da entrevistada corrobora com a compreensão de Cruz, Vargens e Ramôa (2010), no qual a dependência se configura pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas instâncias da vida do indivíduo: pessoal, trabalho, familiar, lazer, judicial, dentre outras.

Dependência é o que acontece comigo. Eu não bebo pra ficar embriagada, mas eu bebo frequente. Se eu puder eu bebo todo dia. Umas 3, 4, 5, 6 latinhas [de cerveja]. Eu não consigo controlar, eu bebo todo dia. (Entrevistada 4)

Este relato também evidencia que, a entrevistada se identifica como dependente químico devido ter dificuldades em se controlar. Relata não consumir uma quantidade elevada de bebida, mas refere fazer uso diário de cerveja. Em linhas gerais podemos afirmar que, na condição de dependência a pessoa está exposta à compulsão pela substância e encontra-se subordinado ao uso abusivo ou dependência de álcool ou de substâncias psicoativas.

Analisando os dois últimos relatos percebemos que estas se identificam como únicas responsáveis pelo etilismo ou a drogadição. Assim, a compreensão da dependência química ainda necessita ser melhor explicitada para as pessoas que vivenciam o fenômeno,

para os familiares e para a sociedade. Os estudiosos na área evidenciam que, o uso abusivo e a dependência de álcool e substâncias psicoativas constitui um fenômeno multifatorial, não se devendo a um único fator isolado.

Cabe salientar que duas mulheres referiram compreenderem a dependência enquanto doença, necessitando de tratamento, conforme a narrativa a seguir:

A dependência é uma doença. É uma doença complicada. Eu não consigo ficar abstinente só, preciso do tratamento daqui [CAPSad]. (Entrevistada 2)

Esta entrevistada compreende a dependência química enquanto uma doença, e ainda evidencia que se trata de uma doença complicada. Em seguida refere sua dificuldade em manter-se abstinente sozinha, necessitando do acompanhamento psicossocial ofertado no CAPSad. A fala construída confirma o pensamento exposto por Figlie, Bordin e Laranjeira (2004), no qual estes referem que a compreensão da dependência química sob a ótica do “modelo de doença” apreende esta como um transtorno primário e independente de outros fatores: uma suscetibilidade biológica herdada aos efeitos danosos do álcool e de outras substâncias psicoativas. A dependência é percebida como sendo similar a transtornos como a hipertensão arterial, por exemplo, que possui um componente bioquímico herdado. As significativas características da dependência, a partir deste olhar, constituem: a perda de controle sobre o consumo de álcool e outras drogas; a negação por parte do indivíduo; o uso continuado embora se verifique a presença de complicações de diversas ordens, bem como um padrão de recaída.

Outras duas mulheres referem a dependência como algo destruidor em suas vidas, segundo evidenciado a seguir:

Pra mim a bebida e a droga é destruição. Não trouxe nada bom. Tem nada bom nisso. Só trouxe estresse, perdi o emprego, briguei com minha família. (Entrevistada 2)

A droga na minha vida foi destruidor. Já escapei da morte, mão de traficante, me prostitui muito. Cheguei ao ponto de tá no meio do lixão comendo comida do lixo. É uma vida que não é vida. Aquilo não é vida. (Entrevistada 6)

O primeiro discurso refere que tanto a bebida quanto a droga são destruição, não trazendo nada de bom e trazendo estresse, perda do emprego e conflito com os familiares. O segundo discurso refere que a droga em sua vida foi destruidora, cujo envolvimento trouxe risco de morte, represália de traficantes, prostituição e alimentar-se de comidas recolhidas no lixão e conclui que aquilo não é vida. Estes dois discursos evidenciam a compreensão da dependência como algo destruidor em suas vidas e que traz diversos rebatimentos complexos.

Assim, o elemento “destruição” surgiu de forma significativa nos discursos acima e este dado revela que as mulheres identificam em suas vidas as complicações decorrentes da dependência de álcool e/ou drogas, ganhando ênfase nas falas os efeitos nocivos e as experiências desfavoráveis que a dependência ocasionou em suas vidas. Corroborando com esta compreensão estão os dados da pesquisa realizada por Branco et al (2012), no qual os sujeitos relatam que ao se inserirem no contexto de dependência compreendem que suas vidas assumem um caminho tortuoso, destrutivo e permeado por diversas perdas: familiares, afetivas e materiais.

Uma das entrevistadas referiu compreender a dependência como a perda da dignidade, conforme o relato a seguir:

Dependência é perder a dignidade. A gente perde a dignidade, a honra. O povo vê a gente como uma bicha imunda, porca, suja, uma ladrona, uma pirangueira. Ah, ela fuma pedra? Isso é uma ladrona! Ninguém quer chegar perto da gente (entrevistada 10).

Esta fala refere que a dependência é a perda da dignidade, que se perde a dignidade e a honra. E as pessoas a veriam como uma “bicha” imunda, porca, suja, uma “pirangueira” e devido fazer uso de crack seria uma “ladrona”. Esta fala também menciona o afastamento das pessoas em decorrência do preconceito quanto às mulheres que fazem uso de crack. Podemos concluir que a perda da dignidade é entendida como a perda da prerrogativa de ser respeitada como pessoa, independente do consumo de drogas. Ressalta-se que a dignidade humana corresponde a um princípio constitucional inquestionável, que possui valor supremo absoluto cultivado pela Constituição Federal de 1988. Conforma Moraes:

a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos (MORAES, 2002, p.128).

Ribeiro e Laranjeira (2010) referem preocupação com o consumo de crack no país, pois dados dos dois levantamentos domiciliares realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 2001 e 2005, apontam que o consumo de crack quase dobrou no país.

Conforme Branco et al. (2012), o consumo de crack incita um padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo, ocasionando que as consequências ultrapassem o usuário e se

estenda a toda sua conjuntura familiar e social. A urgência pelo crack combinada com a intensidade dos efeitos causados por sua busca, coloca essa droga como um grave problema de saúde pública, tendo em vista a violência e os comportamentos sexuais de risco que estão vinculados à sua utilização e que atingem não só o usuário como a sociedade de maneira geral, podendo disseminar doenças e ocasionar danos à segurança da população.

Relativizando esta compreensão confusa das mulheres acerca da dependência química, ecos sinalizam para a compreensão desta como processo gradual. Assim, identifica-se uma visão mais elaborada do fenômeno, ao compreendê-lo como um processo gradual e que envolve outros aspectos, além dos pessoais. A compreensão da dependência enquanto um processo gradual foi mencionado em apenas um dos discursos.

Eu bebo desde 16 anos. Era muito acanhada e bebendo me soltava. No começo eu bebia pouco. Depois bebia mais. Depois mais e fui se aprofundando [na dependência]. Hoje não consigo fazer minhas obrigações de casa. Fico triste com isto. Minhas filhas que resolvem tudo. (Entrevistada 9)

Esta fala salienta que bebe desde os 16 anos, que era muito acanhada e bebendo “se soltava”. No começo bebia pouco. Depois passou a beber mais. Depois mais e foi se “aprofundando” na dependência de álcool. Hoje não consegue fazer suas obrigações de casa e sente-se triste, pois as filhas resolvem tudo. Nesta fala, a entrevistada traz a concepção de dependência química enquanto processo, bem como tendo a interferência de fatores internos do próprio indivíduo (timidez) que ocasionaram o consumo de álcool. Acrescenta-se que também há a interferência dos fatores externos, como a disponibilidade de álcool e outras drogas em ambientes de convivência do indivíduo e, portanto, com acesso facilitado.

De acordo com Nery Filho e Torres (2002), para o entendimento das motivações individuais do consumo, deve-se ponderar sobre aspectos intrínsecos da personalidade do indivíduo, sua história de vida, as circunstâncias que envolvem sua relação com a droga. De outro lado, deve-se considerar o fenômeno coletivo de consumo e sua expansão mundial, e ainda devem-se buscar explicações que extrapolam o âmbito das motivações individuais de consumo. Faz-se necessário apreender o papel social das drogas em cada sociedade e sua inserção, sobretudo na economia de mercado. Os autores ainda reafirmam que as drogas lícitas continuam assumindo importância substancialmente superior à das drogas ilegais quanto às consequências para a saúde da população.

Salienta-se que na fala acima também percebemos que a dependência de álcool interferiu no cotidiano da família e nos papéis sociais de mãe, cujas supostas “obrigações” passaram a não serem realizadas e a entrevistada se cobra por isto, sentindo-se triste e

delegando às filhas a resolução de tudo. Assim, o não cumprimento dos papéis sociais que são determinados às mulheres, sobretudo quanto ao seu lugar de mãe e esposa, traz uma carga de sofrimento e frustração às mulheres. Desta forma, o uso abusivo ou dependência de álcool ou outra droga nas mulheres possui recortes e rebatimentos diferentes entre homens e mulheres.

Quadro 4 - Consequências do uso abusivo de álcool ou outras drogas

CONSEQUÊNCIAS DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS	04 conflitos ou afastamento da família 04 complicações de saúde 01 prisão 01 prostituição
--	--

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No tocante às consequências do uso abusivo ou dependência de álcool e/ou drogas, as mulheres pesquisadas relataram serem: conflitos com familiares e afastamento da família, complicações na saúde, prisão e prostituição.

Assim, quatro mulheres relataram como consequência do uso abusivo de álcool ou outras drogas o conflito com familiares e/ou afastamento da família.

Perdi muita coisa. Perdi a união da família, porque todo mundo se afasta. A maioria, não todo mundo. A maioria se afasta. Outros ficam tentando, pelejando pra ver uma mudança. (Entrevistada 2)

O discurso acima refere que houve diversas perdas em decorrência da dependência química, dentre os quais uma das perdas foi o afastamento da maioria dos familiares, restando uma parcela da família que continua tentando auxiliar o indivíduo. Este dado é relevante, pois evidencia que as mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas costumeiramente vivenciam o afastamento da família ou situações de abandono. Esta fala corrobora com a compreensão de Silva (2011), na qual as famílias que vivenciam o fenômeno da dependência de álcool e drogas, experimentam constantes crises funcionais e conflitos, pois as relações entre seus membros geralmente são tensas e os vínculos necessitam ser refeitos.

Outra consequência apontada pelas mulheres diz respeito às complicações em sua saúde, sendo mencionada por quatro entrevistadas. Os relatos a seguir evidenciam isto:

Eu fiquei com o pulmão todo manchado do cigarro e do crack. Fiquei com aquela tosse feia. Cheguei ao ponto de ter até tuberculose. O fígado não aceitava mais a bebida. Acho que chegou ao ponto de ter até cirrose, porque eu esquecia de comer. Só queria saber de beber e beber. (Entrevistada 6)

Eu fumava sem saber que ele iria me prejudicar mais tarde, porque o médico do HGF disse que a maior parte [causa] do AVC foi o cigarro. Eu não sei. Quem deve saber é ele, que estudou, mas ele disse que o culpado foi o cigarro. (Entrevistada 3)

Estas falas salientam complicações clínicas na saúde das mulheres. A primeira fala relata “manchas” no pulmão em decorrência do consumo abusivo de cigarro e do crack, chegando ao ponto de desenvolver uma tuberculose, bem como refere complicações no fígado, no qual o mesmo não aceitava mais a bebida, chegando ao ponto de desenvolver uma cirrose. A segunda fala refere que fumava sem ter conhecimento que o cigarro iria lhe prejudicar posteriormente, trazendo complicações neurológicas (no caso o AVC) decorrentes da dependência do cigarro apontadas pelo médico do hospital de referência como causa para o acidente vascular cerebral.

As falas estão em conformidade com o que é defendido por Figlie, Bordin e Laranjeira (2004), no qual os transtornos físicos decorrentes do uso crônico do álcool são significativos, uma vez que o consumo de álcool é causa importante de morbidade física e causa danos físicos por meio de efeitos diretos e indiretos sobre o corpo. Os autores elencam as principais complicações físicas associadas ao uso de álcool: transtornos gastroenterológicos, musculoesqueléticos, endócrinos, câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, transtornos metabólicos, hematológicos, transtornos nos sistemas nervosos central e periférico, síndrome fetal alcoólica, doenças de pele, supressão do sistema imunológico, alteração do funcionamento sexual, dentre outras.

Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) complementam que o tabagismo é fator de risco para mais de cinquenta doenças e refere as seguintes: doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboangiite obliterante), cânceres (de pulmão, boca, laringe, esôfago, rim, bexiga, útero, fígado, faringe, pâncreas), doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite, enfisema), aterosclerose, hipertensão arterial, leucemia, catarata, menopausa precoce, úlcera péptica, disfunção erétil e impotência sexual.

Diehl et al. (2011) referem que o uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas são responsáveis por uma série de condições que acometem a saúde da população e facilitam a exposição a causas externas de morbimortalidade, como acidentes de trânsito e situações de violência. Ademais, os serviços de emergência acolhem um número elevado de pacientes com quadro de intoxicação exógena, nem sempre de fácil diagnóstico, ou de abstinência que podem se prolongar por vários dias. Os ambulatórios de várias especialidades também acolhem pacientes com complicações do uso crônico de substâncias, as quais podem desencadear patologias ou piorar o prognóstico das preexistentes.

Outra consequência apontada por uma das mulheres se refere à prisão e às complicações advindas de atitudes ilícitas.

A droga trouxe tudo de ruim que eu tô passando agora. Essa prisão que eu passei. Foi uma queda muito grande na minha vida. No começo eu só usava, depois meu namorado quis que eu vendesse [drogas]. Acabei sendo presa e sofri muito. (Entrevistada 10)

A fala acima refere como consequência do uso abusivo de álcool e/ou drogas o envolvimento com atitudes ilícitas, resultando na prisão da mesma. A fala refere que a droga trouxe tudo de ruim, inclusive a prisão e uma “queda” muito grande em sua vida. E acrescenta que no início somente utilizava as drogas e depois foi influenciada pelo namorado para traficar, passou a comercializar drogas, resultando na sua prisão e sofrimento.

Este relato vai ao encontro com as ponderações de Costa (2012), no qual a inclusão feminina no tráfico de drogas é analisada a partir de relações de amor e afetividade mantidas com homens que traficam drogas. A autora defende que existe uma estreita ligação entre o amor e as práticas femininas relacionadas à comercialização das drogas.

Conforme Moura (2005) a utilização e o tráfico de drogas não param de crescer. Economistas referem que este é um dos negócios mais rentáveis do mundo e por se tratar de atividade ilícita não há controle quanto a esse mercado. Os dados da produção e tráfico de drogas ilegais são obtidos mediante estimativas das apreensões realizadas e refletidas nos relatórios das diferentes agências de segurança estatais e de organismos internacionais. Presume-se que as cifras estão além dos dados oficiais.

Acrescenta-se que na presente pesquisa a prostituição também foi mencionada na fala de uma das participantes, como consequência do consumo abusivo de álcool e substâncias psicoativas.

A gente fica igual uma cachorra, se vendendo [prostituindo] até por dois reais só pra fumar pedra maldita. (Entrevistada 8)

O presente relato refere que a mulher ficaria igual uma cachorra, se “vendendo” até pela quantia de dois reais com o intuito de fumar a pedra de crack denominada de “maldita”. Este relato corrobora com as ponderações de Hochgraf e Brasiliano (2004), no qual mulheres que utilizam drogas tendem a utilizar o corpo como moeda de troca para sustentar o consumo, ingressando muitas vezes na prostituição por essa razão.

Oliveira e Nappo (2008) em pesquisa com usuários de crack na cidade de São Paulo, identificou que metade das mulheres entrevistadas relatou já ter se prostituído em troca de drogas.

Diante dos relatos acima, podemos afirmar que muitas mulheres dependentes de álcool e drogas encontram na prostituição uma forma de adquirir recursos para custear o seu consumo de álcool e outras drogas. Contudo, convém esclarecer que nem toda mulher que ingressa na prostituição utiliza drogas e que não há uma relação direta entre o consumo de álcool e substâncias psicoativas e prostituição. Cabe ressaltar ainda que, devemos considerar que existem inúmeros casos de prostitutas que passam a consumir drogas para se prostituírem, na tentativa de amenizar o cansaço físico de horas de trabalho ou como uma espécie de refúgio de situações complexas impostas no cotidiano da profissão.

Cabe ainda uma outra ponderação, a relação drogas e prostituição é costumeiramente alvo de julgamentos moralizantes por parte da sociedade, pois são comportamentos considerados como “desviantes” e “afrontariam” as normas impostas aos indivíduos em sociedade. Provavelmente isto ocorre devido estes dois temas ainda serem considerados tabu na sociedade vigente e englobam temas polêmicos que vão desde a sexualidade, o prazer até a autonomia do próprio corpo.

Assim, a relação entre prostituição e consumo de drogas engloba questões que precisam ser alvo de discussões abrangentes sobre a sexualidade e a autonomia da mulher sobre o próprio corpo. Conforme Silva (2000) a relação entre prostituição, consumo e tráfico de drogas não se constitui em um fenômeno recente, sendo estigmatizado e indicado como fator de risco para a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, há décadas.

Quadro 5 - Substâncias que trouxeram maior prejuízo às mulheres

SUBSTÂNCIAS QUE TROUXERAM MAIOR PREJUÍZO ÀS MULHERES	04 álcool 04 crack 01 cigarro 01 remédio
---	---

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No tocante às substâncias que mais trouxeram prejuízos em suas vidas, as mulheres verbalizaram como sendo o álcool, o crack, o tabaco e remédio. Ressalta-se que quatro mulheres apontaram o álcool como sendo a substância que trouxe maior prejuízo em suas vidas.

A bebida acabou comigo. Eu bebia muito, muito mesmo, cheguei no fundo do poço. Cheguei ao ponto de ser um alcoólatra. Bebia dia e noite. Eu não queria saber de nada. Queria saber se tava bebendo. (Entrevistada 6)

Esta entrevistada menciona que a bebida “acabou” com ela, que bebia muito, chegou ao “fundo do poço”, chegando ao ponto de se tornar uma “alcoólatra”, bebendo dia e noite. E acrescenta que não se importava com nada, exceto a vontade de beber. A partir desta fala podemos perceber a falta de interesse pelas atividades da vida cotidiana, ou seja, as atividades sociais, ocupacionais ou recreativas foram abandonadas em decorrência das vivências no universo do etilismo serem consideradas mais significativas. Dentro desta linha de pensamento, Olievenstein (1998) refere que o álcool constitui uma droga que mais mata e leva muito mais indivíduos à loucura do que qualquer uma das drogas que tanto apavoram a sociedade, sendo necessário alardear a hipocrisia de uma sociedade que tolera e encoraja o uso de etílicos, embora seja sabido de suas complicações físicas, psicológicas e sociais.

Esta informação é complementada pela afirmação de Contini e Koller (2002), no qual em uma pesquisa realizada em 1997 com estudantes de dez capitais brasileiras, 7,4% destes declaram o consumo diário de álcool, 24,7% dos estudantes referem ter feito uso ilícito de alguma substância psicoativa, dentre os quais destacamos que os inalantes representam 13,8% dos entrevistados.

Ainda segundo Contini e Koller (2002), no caso das bebidas alcoólicas, pode-se citar como complicações mais frequentes os episódios de embriaguez, como acidentes de trânsito e brigas, dentre outros. Em longo prazo, as consequências vão surgindo de forma gradativa, devido ao consumo prolongado, tornando-se mais evidente. Os autores ainda acrescentam que, esta dependência é muito frequente, variando de 5 a 10% da população em idade adulta.

Acrescenta-se que quatro mulheres referiram o crack como sendo a substância que trouxe maiores prejuízos em suas vidas, conforme relato abaixo:

Eu entendo que o crack foi a droga que mais me maltratou, me deixou mesmo decadente. Eu acabei com tudo dentro de casa. Tirava tudo que eu tinha pra vender, pra consumir [crack]. (Entrevistada 1)

A entrevistada refere que o crack foi a droga que mais lhe maltratou, lhe deixando decadente. Refere ainda que vendeu “tudo” de casa e que comercializou seus objetos pra consumir o crack. Corroborando com os dados da presente pesquisa, Ribeiro e Laranjeira (apud FERRI 2010) identificaram que os usuários de crack têm mais episódios de fissura e perda do controle sobre o uso de substâncias psicoativas do que os usuários de cocaína

intranasal, conduzindo os mesmos a consumirem grandes quantidades por diversas horas e dias consecutivos.

Ribeiro e Laranjeira (2010) complementam que geralmente o usuário de crack inicia o consumo de substâncias psicoativas através das drogas lícitas (como o álcool e o tabaco), sendo a maconha a substância mais comum na segunda fase de experimentação. Os autores ainda evidenciam que, quanto mais precoce e mais intenso o consumo de uma droga, mais elevadas são as chances de progressão e alcance de padrões mais graves de dependência.

Na presente pesquisa, o cigarro foi apontado por uma das mulheres como trazendo maior prejuízo em sua vida.

O culpado de tudo foi o cigarro. O cigarro trouxe dois AVC, um isquêmico e outro hemorrágico e me deixou nessa cadeira de rodas. (Entrevistada 3)

Esta fala refere que o culpado foi o cigarro, que este trouxe dois acidentes vasculares cerebrais, sendo um isquêmico e outro hemorrágico e resultando no confinamento a uma cadeira de rodas. Dentro desta compreensão, Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) referem que a nicotina é uma droga vasoconstritora, que eleva o ritmo cardíaco, é hipertensora e agregante plaquetária, eleva o depósito de colesterol e é aterogênica (formadora de placas de gordura), sendo apontada como desencadeadora de diversas doenças. Os autores acrescentam que o tabagismo é uma pandemia e é responsável pela segunda causa principal de mortes no mundo. Sendo na atualidade responsável pela morte de um entre dez adultos no mundo.

Diehl et al. (2011) complementam que a consequência da utilização dos produtos de tabaco é tão grave que o número de mortes por doenças relacionadas ao tabaco é maior do que os óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados.

Neste estudo também foi mencionado por uma das participantes como sendo o remédio a substância que trouxe maiores prejuízos em sua vida, perfazendo 10% das entrevistadas.

O alprazolam [remédio] é uma droga. É tanto que eu tenho tanta vontade de sair dele, mas eu não consigo. Eu tento sair dele e fico assim nervosa, que nem agora. Eu tive uns dias sem tomar, aí eu fico com crise de choro, querendo me matar, essas coisas assim. Eu não consigo fazer nada na minha casa se não tomar. (Entrevistada 7)

Esta fala refere que o alprazolam é uma droga, que tem vontade de “sair dele” e não consegue. Refere ainda que ao não consumir o remédio, fica “nervosa”, com crise de choro e desejo de se matar ou coisas assim. E acrescenta que não consegue fazer suas tarefas

domésticas caso não tome o remédio. Esta fala evidencia a capacidade do alprazolam, um medicamento da classe dos benzodiazepínicos, em se tornar uma droga de abuso. Esta fala corrobora com a compreensão de Diehl et al. (2011) ao afirmar que o potencial de abuso dos benzodiazepínicos foi reconhecido há mais de 50 anos. O risco do consumo dessa classe de psicotrópicos passou a ser divulgado, no qual estima-se que aproximadamente 50 milhões de pessoas utilizam diariamente benzodiazepínicos, sendo a maior parte delas mulheres acima de 50 anos que apresentam doenças crônicas.

Quadro 6 - Percepção de diferenças entre o consumo de álcool e outras drogas entre homens e mulheres

PERCEPÇÃO DE DIFERENÇAS ENTRE O CONSUMO DE ÁLCOOL OU DROGAS ENTRE HOMENS E MULHERES	02 percebem diferenças 05 não percebem diferenças 03 não souberam responder
--	---

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No que se refere às percepções das mulheres sobre as diferenças no consumo de álcool e drogas entre homens e mulheres, houve uma dicotomia. Algumas entrevistadas sinalizaram haver uma diferença, pois há um estigma social direcionado às mulheres dependentes e outras não percebem diferenças significativas, pois haveria uma equiparação entre o consumo de álcool e drogas entre homens e mulheres. Há ainda mulheres que não souberam responder ao referido questionamento.

Salienta-se que duas mulheres verbalizaram que perceberem diferenças entre o consumo de álcool e outras drogas entre homens e mulheres, conforme os relatos a seguir:

Eu percebo com certeza a diferença. O meu marido bebe, chega em casa embriagado e no outro dia nada aconteceu. Nenhum comentário, nada. Se eu beber e alguém me ver bebendo, pelo menos na calçada, já diz logo: Ih, já tá bebendo! Fica aqueles falatóriozinho na vizinhança. (entrevistada 4)

A diferença é porque pra mulher a bebida e a droga é muito feio né! Leva a gente a fazer coisa que não é pra gente fazer. Até que pro homem não é tão feio beber nem usar droga. Pra mulher já é, porque a gente faz muita baixaria. Chega ao ponto da gente ficar louca no meio da rua. Beba. Fazendo zoadas e baixarias. (Entrevistada 6)

A primeira fala evidencia que percebe com certeza a diferença, pois o marido faz uso de bebida alcoólica, chega em casa embriagado e não haveria nenhum comentário no dia seguinte. Já se ela beber e alguém a vir bebendo, indagaria sobre a bebida e geraria “falatóriozinho” na vizinhança. A segunda fala menciona que a utilização da bebida e da droga pela mulher é “feio”, leva a fazer coisas que não deveria e fazer muita baixaria, chegando ao ponto de ficar “louca” no meio da rua, embriagada, “fazendo zoadas” e

“baixaria”. Nas duas falas percebe-se a compreensão da vivência de estigma social no que se refere ao consumo de álcool e drogas pela mulher. Estas falas vão ao encontro da compreensão de Oliveira (2008), no qual o consumo de drogas por mulheres, sobretudo as ilegais, está em desacordo com os papéis sociais e culturais direcionadas às mulheres, quais sejam: esposa, mãe e cuidadora da família. Nesta compreensão, a mulher que utiliza substâncias psicoativas está duplamente contrariando as normas sociais.

Elbreder et al. (2008) referem que, apesar da emancipação e do engajamento em diversas áreas de atuação, as mulheres que utilizam drogas, tendem, por causa do preconceito e da estigmatização, a permanecerem anônimas, retardando a procura por tratamento.

A menor busca por tratamento da dependência química por mulheres tem sido apontada em algumas pesquisas como decorrente de questões socioculturais e históricas, como o estigma social, que parece ser mais acentuado quando o indivíduo é do sexo feminino (ZILBERMAN, 1998; HOCGRAF, BRASILIANO, 2004). Ademais, esta menor busca sinaliza ser também rebatimento das concepções construídas acerca dos indivíduos que utilizam drogas e o despreparo de alguns profissionais na detecção desta problemática durante um atendimento rotineiro nas instituições de saúde, bem como na sensibilização dos sujeitos para iniciarem o tratamento para a dependência química.

Zilberman (1998) destaca em sua pesquisa que, ao procurarem os serviços não especializados, as mulheres de uma maneira geral não recebem um diagnóstico correto no que se refere ao consumo de drogas, por apresentarem queixas vagas de saúde e sentimentos de vergonha decorrentes do estigma social a que estão submetidas.

Cabe salientar que cinco mulheres referiram não perceberem diferenças significativas entre o consumo de álcool ou outras drogas entre homens e mulheres, pois haveria uma equiparação entre o consumo de álcool e drogas entre homens e mulheres. Estas falas demonstram que, embora as mulheres possam se defrontar com situações de preconceito e estigma, estas ainda não foram descortinadas sob seus olhos.

As mulheres tão bebendo mais. Nós tamo bebendo mais. Tamo tendo atitude de homem. Bebendo mais. Usando mais droga. A gente tamo dando a cara a tapa. A mulher quer se trocar, quer ser igual ao homem. A gente tá bebendo mais de que o homem. A gente tá usando droga mais de que o homem. A gente tá tendo atitude mais de que o homem. (entrevistada 5)
Acho que não tem diferença. No meu caso, vejo [conheço] muitos homens que usavam [drogas] comigo, que não usava como eu. Eu usava mais [droga], muito mais. (Entrevistada 2)

O primeiro relato acima refere que as mulheres estão bebendo mais, tendo atitudes de homem, dando a cara a “tapa”, querendo “se trocar” e ser igual ao homem. Acrescenta que

a mulher está bebendo mais de que o homem, está usando mais droga do que o homem, tendo, portanto, mais atitudes do que o homem. O segundo relato refere que não existe diferença entre o consumo de drogas entre homens e mulheres. E no caso dela, conhece muitos homens que usavam drogas com ela, mas não usavam como ela, pois a mesma utilizaria mais, muito mais. Estes relatos demonstram a compreensão de que as mulheres buscam se equiparar aos homens quanto ao consumo de álcool e drogas. Estes relatos não vislumbram diferenças significativas entre o consumo de álcool e drogas entre homens e mulheres e provavelmente esta compreensão pode ter relação com as mudanças ocorridas nas últimas décadas, no qual a mulher tem conquistado cada vez mais espaço na sociedade, adentrando de forma efetiva no mercado de trabalho, na academia, nas ciências e diversas outras áreas. Assim sendo, a mulher também teria conquistado liberdade e autonomia de satisfazer seus desejos, inclusive de beber e consumir drogas.

Dentro dessa compreensão, Zilberman (2003) tem apontado a tendência para a igualdade entre os gêneros nos padrões de consumo em virtude das mudanças no estilo de vida das mulheres decorrente das mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas ocorridas na sociedade atual. Contudo, embora seja verídico que as mulheres têm se equiparado aos homens em padrão de consumo de álcool e substâncias psicoativas, se faz necessário um maior número de estudos, sejam epidemiológicos ou etnográficos, para confirmarem esta afirmação.

Diehl et al. (2011) defendem que, apesar da semelhança comportamental entre homens e mulheres, são observadas diferenças de gênero, como fatores que motivam para o uso, efeitos psicológicos das substâncias, diferenças metabólicas, comorbidades físicas e psiquiátricas, bem como fatores socioculturais e genéticos. Também existem significativos efeitos na gestação e amamentação, e existem diversas singularidades no tratamento.

Ressalta-se que três mulheres não souberam responder ao questionamento sobre as diferenças entre o consumo de álcool e outras drogas entre homens e mulheres, limitando-se a referir que não saberiam responder

Quadro 7 - Interferência do consumo de álcool ou outras drogas no relacionamento com a família

INTERFERÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL OU DROGAS NO RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA	09 referem interferências negativas 01 não refere interferências
---	---

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No que tange à relação das mulheres com suas famílias, estas referem a interferência majoritariamente negativa do uso abusivo de álcool e outras drogas, tanto com parentes, como pais e irmãos, como com companheiros e filhos. Ressalta-se que nove mulheres verbalizaram sofrerem interferências negativas no relacionamento com os familiares em decorrência do consumo de álcool ou outras drogas.

No que se refere aos pais e irmãos, seguem as falas:

A droga interferiu no meu relacionamento com a minha família. Quando a minha mãe soube, meus irmãos soube, eles não me desprezaram né. Sempre ali me dando conselho e tudo. E eu dizendo que ia mudar, mas eu não procurava ajuda. E até por isso e de tanto eu falar que ia mudar, eles desacreditaram. E hoje eles estão mais afastado de mim né. (Entrevistada 1)

Interferiu muito, muito mesmo. Eu passei quatro anos sem usar [drogas], tava tudo tranquilo. Quando voltei a usar e os meus irmãos souberam, interferiu de novo, se afastaram, tem outros olhares, muda tudo. Tudo muda. A gente perde a confiança, que é o principal né! (Entrevistada 2)

A primeira fala menciona que a droga interferiu no relacionamento com a família. Quando a mãe e os irmãos souberam não desprezaram, deram conselho. E a partir das promessas de mudança, mas sem procurar “ajuda”, os familiares desacreditaram e se afastaram. A segunda fala menciona que houve muita interferência e justifica que no período em que estava sem usar drogas, estava tudo tranquilo. Contudo, quando voltou a usar e os irmãos souberam interferiu novamente, havendo um afastamento, outros olhares, mudando tudo, perdendo a confiança, que seria o principal.

As duas falas evidenciam a compreensão da interferência negativa das drogas no relacionamento com os pais e irmãos, ocasionando desgaste e rupturas no seio da família. Corroborando com os dados da presente pesquisa, estudo realizado por Carbonera et al. (2013) apontou vínculos familiares rompidos ou prejudicados e as constantes referências das mulheres pesquisadas em relação à vontade de reatar os laços familiares, tanto da família ascendente, como da descendente.

No que concerne à interferência do uso abusivo ou dependência de álcool e/ou drogas no relacionamento com companheiro, segue a seguinte fala:

É mais afetada entre mim e meu marido, porque se ele ver eu bebendo, eu bebo muito escondido dele, se ele ver eu bebendo, ele já não gosta. (Entrevistada 8)

A fala menciona que o relacionamento mais afetado foi com o marido e que bebe escondido do mesmo, pois este não gosta que consuma etílicos. Corroborando os dados da presente pesquisa, estudo realizado por Medeiros et al. (2013) referem que a dependência

química é um problema não apenas de cunho pessoal ou individual, mas um problema de saúde pública, cujas implicações afetam os familiares de forma contundente. Neste contexto, as famílias seriam as mais afetadas por essa realidade, sofrendo os efeitos mais nocivos. Ademais, os conflitos gerados nesse contexto sinalizam para o adoecimento dos integrantes dessa família e a baixa de sua qualidade de vida. Estes fatores abalariam profundamente toda a família, fazendo emergir sentimentos negativos como angústias e medo, e como consequência muitas vezes leva à quebra do vínculo entre seus membros.

No que tange à interferência do uso abusivo ou dependência de álcool e/ou drogas no relacionamento com os filhos, segue a seguinte fala

[A bebida] está prejudicando a relação aos meus filhos. Eu tenho vergonha. Eu tenho uma filha de 11 anos e ela tem a noção de ver a mãe embriagada. Aí as vezes parece que ela é minha mãe. Quando eu tô bebendo ela diz assim: mulher, tu já vai beber? Vai parar com isso. (Entrevistada 4)

Esta fala menciona que a bebida está prejudicando o relacionamento com os filhos, que tem vergonha. Menciona ainda que tem uma filha de 11 anos e ela tem a compreensão da embriaguez da mãe, questiona sobre a bebida e às vezes parece que a filha é a mãe. Esta fala traz conteúdos no qual a entrevistada é questionada pela filha de 11 anos sobre os papéis sociais exigidos de uma mãe. Dentro desta compreensão, Bucher (1992) refere que as mulheres que utilizam drogas resistem ao controle das regras legais e morais da sociedade, ocasionando “estranhamento” no sistema social vigente.

Conforme Oliveira e Paiva (2007), a utilização de drogas, sobretudo as ilegais por mulheres, traz consigo um peso emocional de desgosto e receio da desaprovação da sociedade. Este peso, de acordo com as autoras, está vinculado com a consideração da utilização de drogas como um comportamento socialmente “desviante”, uma vez que desafia os papéis culturais e sociais impostos às mulheres. As autoras complementam que culturalmente, o cuidado e a educação dos filhos é considerada uma função feminina. Contudo, quando a mulher utiliza drogas e negligencia este comportamento, passa a ser rotulada como egoísta e irresponsável para com os filhos, constituindo-se numa preocupação social.

Devemos ponderar também sobre as implicações atuais e futuras para as crianças e adolescentes que vivenciam hoje o uso abusivo ou dependência de álcool e drogas no seio familiar. Para Silva, Stanisci e Baccgetto (1998), no qual a família constitui a sede dos acontecimentos mais significativos na vida do indivíduo. Se a experiência familiar é negada ou de alguma forma desatendida, em função das condições concretas de vida e dos seus perfis,

em função também dos processos de saúde a que ela está submetida, o indivíduo estará mais predisposto a estados de confusão intrapsíquica, que podem conduzir a adoção de condutas que variam numa gama muito grande entre o normal e o patológico.

Monteiro e Barroso (2000) acrescentam que a família procura agir de forma que mais facilite o seu ajustamento à situação que está vivenciando, procurando medidas de solução para os problemas que vão surgindo ou tentando preveni-los, como forma de amenizar o sofrimento. A família busca estratégias de solução para superar as dificuldades que encontra na interação com o parente em adoecimento. De forma acertada ou não, a família está agindo, usando de tentativas nem sempre solucionadoras, mas tentativas, na busca de melhor qualidade de vida.

Cabe evidenciar que, uma das mulheres referiu não haver interferência no relacionamento com familiares em decorrência do consumo de álcool ou outras drogas.

Ninguém em minha casa achava ruim [eu fumar], até porque minha mãe e meu pai fumavam. O meu marido também fumava. (entrevistada 3)

Esta fala refere que “ninguém em sua casa achava ruim” o seu consumo de cigarros, pois sua mãe e seu pai fumavam, bem como seu marido. Esta fala evidencia que não houve interferências negativas no relacionamento com os familiares devido o ato de fumar fazer parte da rotina desta família. Devemos considerar que embora o tabaco seja uma droga lícita e aceita em diversos lares brasileiros, também traz complicações para os seus consumidores. Dentro desta compreensão Diehl et al. (2011) adverte que o tabagismo é uma doença complexa e multifatorial que engloba diversos aspectos e, portanto, seu tratamento e sua abordagem devem seguir esta mesma compreensão. Acrescenta que cessar o consumo do cigarro consiste na medida mais importante para a melhora da saúde do indivíduo e que em qualquer idade é importante deixar o cigarro e, quanto mais cedo, melhor.

Quadro 8 - Histórico de consumo de álcool ou outras drogas na família

HISTÓRICO DE CONSUMO DE ÁLCOOL OU DROGAS NA FAMÍLIA	09 referem consumo de álcool ou drogas na família 01 não refere consumo de álcool ou drogas na família
--	---

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No que se refere ao histórico de consumo de álcool ou outras drogas na família, nove mulheres verbalizaram haver esta prática em suas famílias. Desta forma, há uma predominância do consumo de álcool ou outras drogas nas famílias das mulheres pesquisadas:

Tem muitos casos de álcool na minha família. De droga eu não ouvi falar. Acho que não. Já álcool é a maioria. Não assim de cair na rua, mas a maioria bebe. Minha mãe bebe, meus tios bebem, minha irmã bebe. Muitos [familiares] bebem. (Entrevistada 2)

A minha mãe bebia cachaça e fumava. O meu pai só bebia. Hoje o meu pai não bebe mais. Minha mãe também não bebe mais, porque a bebida fez muito mal a ela. (Entrevistada 6)

A primeira fala salienta que existem muitos casos de consumo de álcool em sua família e que desconhece casos de consumo de drogas. E explica que não são pessoas, cuja embriaguez implique “cair na rua”, mas a maioria dos familiares bebe: a mãe, os tios, a irmã. Enfim, muitos familiares bebem. A segunda fala refere que sua mãe bebia e fumava, que seu pai somente bebia. E acrescenta que os pais não bebem mais, pois a bebida trouxe complicações. Estas falas vão ao encontro das colocações de Hales, Yudofsky e Gabbard (2012), que referem que inúmeros estudos demonstram que o alcoolismo é altamente familiar e que o risco para parentes de primeiro grau é sete vezes maior. E complementam que esses estudos foram estendidos para outras substâncias de abuso, com a maioria tendo um risco oito vezes maior para parentes de primeiro grau.

Diehl et al. (2011) advertem que um aspecto primordial é sempre considerar que as dependências químicas são, em sua origem, doenças decorrentes da relação entre o acervo genético do indivíduo e pelo menos um fator ambiental: o consumo da substância de uso ou de abuso. Ou dito de outra forma, evolutivamente é impossível pensar em uma predisposição para essa ou aquela dependência, mas é possível prever o quanto o contato de certos indivíduos com o álcool ou uma substância psicoativa leva a padrões mal adaptativos de consumo.

Cabe salientar que, uma das mulheres referiu não haver histórico de consumo de álcool ou outras drogas na família.

Meus pais não bebem, nem minhas irmãs. (Entrevistada 10)

Esta narrativa refere que os seus pais não bebem, nem suas irmãs, não havendo, portanto, consumo de álcool ou drogas na família nuclear. Contudo a entrevistada não referiu sobre consumo de parentes mais distantes, tais como tios ou primos.

Quadro 9 - Considerações sobre o tratamento no CAPSad III de Maracanaú

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO NO CAPS-AD	07 referem tratamento bom ou satisfatório 02 referem como lugar de acolhimento e cuidado 01 refere o CAPSad como sua casa
---	--

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No que tange ao CAPSad III de Maracanaú, sete mulheres referiram que o tratamento é bom ou satisfatório.

Até agora o tratamento aqui pra mim tá bom. Estou satisfeita. Todos me tratam bem, graças a Deus. A psicóloga é gente fina e eu também gosto do médico. (Entrevistada 3)

Eu acho [o tratamento] o CAPS bom. Se não fosse o CAPS acho que eu ainda tava usando droga e bebendo. (entrevistada 5)

A primeira narrativa refere que o tratamento está bom, que estaria satisfeita, uma vez que todos a tratam bem. E acrescenta que a psicóloga é “gente fina” e gosta do atendimento médico. A segunda narrativa refere que acha o tratamento no CAPS “bom”, que se não fosse o CAPS acredita que estaria usando drogas e bebendo. Estas narrativas sinalizam que o tratamento é considerado bom ou satisfatório pelas mulheres atendidas no CAPSad III de Maracanaú. Corroborando os dados da presente pesquisa, estudo realizado por Barbosa et al. (2015) revela que os usuários de um CAPSad no interior de São Paulo consideram-se satisfeitos com o serviço ofertado e sinalizam a importância deste equipamento para o tratamento da dependência química.

Cabe salientar que uma parte das entrevistadas se referiu ao CAPSad de forma mais específica e denotando forte vínculo com a equipe, no qual duas mulheres referiram este como lugar de acolhimento e cuidado e uma mulher referiu o CAPSad como a sua casa.

Eu acho muito bom aqui [CAPSad]. Eu sou muito bem acolhida aqui. Eu só não, todo mundo. Eu sou muito bem recebida, no tratamento, em tudo. Começa da portaria até a última pessoa que trabalha aqui, todos os profissionais. Eu me sinto muito bem, muito acolhida. (Entrevistada 2)

Eu adoro o caps. Eu gosto das pessoas, das amizades [com outros pacientes] que fiz aqui dentro, dos cuidados, dos funcionários, todo mundo. Eu amo o CAPS. É uma atenção e ao mesmo instante é um cuidado. Tem lugar que não gosto, que a trata a gente mal. Aqui eu sou muito bem tratada. (Entrevistada 1)

A primeira fala menciona achar “muito bom” o CAPSad, ser “muito bem acolhida”. Não somente ela, mas “todo mundo”. Menciona ainda ser “bem recebida” no “tratamento em tudo”, começando “da portaria até a última pessoa que trabalha no serviço”, todos os profissionais e conclui que se “sente bem”, “muito acolhida”. A segunda fala refere que “adora o CAPS”, que gosta das pessoas, das amizades que desenvolveu com outros pacientes, dos cuidados recebidos, dos funcionários, enfim “todo mundo”. Refere ainda que “ama o CAPS”, que recebe uma atenção que ao mesmo tempo é um cuidado. Queixa-se que tem “lugar” que não gosta, por tratar mal e conclui que no CAPS é bem tratada. Estas falas

mencionam uma relação de confiança e apoio entre as mulheres (pacientes) e a equipe que integra o referido serviço (equipe multidisciplinar e equipe de apoio).

Assim, estas narrativas evidenciam que o CAPSad é percebido enquanto local de acolhimento e cuidado, no qual os pacientes são recebidos de forma humanizada e acolhedora por todos os integrantes do serviço, favorecendo o estabelecimento do vínculo terapêutico e acolhendo suas demandas de sofrimento e necessidades. Compreende-se assim que o vínculo terapêutico entre as mulheres (pessoas que utilizam o serviço) e o profissional (equipe e a instituição) foi formado. Corroborando os dados da presente pesquisa, estudo realizado por Vasconcelos e Jorge (2013) revela resultados similares, no qual os usuários do CAPSad e CAPS II de Maracanaú apontaram que têm suas necessidades de saúde acolhidas e recebem um cuidado de qualidade como recurso terapêutico, com estabelecimento de vínculo e corresponsabilização.

O CAPS [para álcool e outras drogas] me ajudou muito e me ajuda até hoje. Tem boa vontade com a gente, com os pacientes. É como se fosse a minha casa. Eu fico à vontade como se tivesse em casa. O meu tratamento aqui é ótimo. Já fiquei internada aqui e tem as consultas [regularmente]. Tenho muito a agradecer. Eu não vou abandonar o CAPS de jeito nenhum. (Entrevistada 6)

A fala menciona que o CAPSad ajudou no passado e continua ajudando até hoje, que tem “boa vontade” com os pacientes. E acrescenta que, é como se fosse a sua casa, pois fica à vontade como se estivesse “em casa”, que o tratamento é ótimo. Refere ainda que ficou internada anteriormente e tem as consultas regularmente, que tem muito a agradecer e que não irá abandonar o CAPS de jeito nenhum. Esta fala evidencia que o CAPSad corresponde a um lugar de familiaridade, que se aproxima a sua casa e oferece um ambiente acolhedor e terapêutico. Esta fala corrobora com a proposta do Ministério da Saúde para os CAPS, no qual todo o trabalho desenvolvido nos referidos serviços tem finalidade terapêutica e deve contemplar a construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Como dispositivo substitutivo deve dispor de vários recursos terapêuticos, tanto individuais quanto grupais, e ambiente terapêutico acolhedor, isto é, lugar onde a estrutura física das instalações, as relações entre as pessoas e as atividades realizadas ajudam no tratamento dos pacientes (BRASIL, 2004).

De acordo com a análise dos relatos, ressalta-se a revalidação da proposta da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, representando o CAPSad III um serviço que visa atender aos pacientes com transtornos decorrentes do abuso e dependência de álcool e

outras substâncias psicoativas, estimulando sua integração social, apoiando os pacientes na busca de autonomia, oferecendo atendimento especializado.

Dessa forma, evidencia-se que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estão sendo alcançados, ao passo que os pacientes se sentem acolhidos e apoiados pelos profissionais do serviço, buscando o CAPSad III em diversas circunstâncias ao longo do acompanhamento, inclusive em situações de crises que demandam internação psiquiátrica. Acrescenta-se que as internações para casos leves são no CAPSad III e casos de moderados a graves ocorrem nos leitos de retaguarda em hospital geral, ambos localizados no bairro da grande Pajuçara. Contudo, compreende-se que além do CAPSad III, os leitos de retaguarda e da ESF são necessários outros dispositivos que acolham demandas de saúde mental no município de Maracanaú. Dentro desta compreensão, Ribeiro e Laranjeira (2010) advertem que essencialmente deve se compreender que não existe um único modelo ou solução em um tratamento de dependência química, ou melhor, ao invés de competição e desmerecimento entre as propostas terapêuticas da atualidade, sendo o melhor caminho a combinação de modelos, sendo que o ponto de partida são as necessidades do paciente.

Quadro 10 – Atendimento às necessidades das mulheres e melhorias no tratamento no CAPSad III de Maracanaú

ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DAS MULHERES E MELHORIAS NO TRATAMENTO	05 atende e não sugere melhorias 02 atende, mas desejam que não falte a medicação 01 atende, mas o equipamento é distante 01 atende, mas deseja um grupo de mulheres 01 atende, mas o profissional foi desligado da equipe
---	--

Fonte primária (Entrevista), 2019.

No que tange às necessidades das mulheres e possíveis melhorias no tratamento, cinco mulheres referiram que o serviço atende às demandas das mulheres e não sugerem melhoramentos no acompanhamento oferecido no CAPSad III de Maracanaú.

Sim, [o CAPSad] atende completamente. Por mim não precisa melhorar nada não, nem pras mulheres, nem pros homens. Eu acho que tá bom. (Entrevistada 2)
Com certeza. Sempre que venho aqui, saio daqui satisfeita. Recebo apoio, escutam a gente e tem o remédio. Me ajuda muito. (Entrevistada 10)

A primeira narrativa refere que o CAPSad atende completamente às necessidades e não precisaria melhorar nada, nem para os homens, nem para as mulheres. E acrescenta que acha bom. A segunda narrativa refere que atende com certeza, que ao comparecer sai satisfeita. E complementa que recebe apoio, lhe escutam, recebe o remédio e sente-se ajudada.

Estas narrativas corroboram com os resultados apresentados por Silva, Lima e Ruas (2018) em uma pesquisa com onze CAPS em Minas Gerais, no qual os usuários sinalizaram sentir-se apoiados pelos serviços e sentem-se satisfeitos com os serviços prestados.

Cabe salientar que cinco mulheres referiram que o serviço atende às necessidades das mesmas, mas apontaram fatores que desagradam e podem ser revistos, visando a maior adesão das mulheres ao tratamento. Os fatores citados foram: descontinuidade no fornecimento de medicações, o equipamento ser distante, não haver um grupo específico de mulheres, bem como o desligamento de um profissional da equipe multidisciplinar.

Assim, duas mulheres referiram desagrado com a descontinuidade no fornecimento das medicações psicotrópicas fornecidas pelo município.

Tem cuidado sim. Se não fosse o CAPS eu acho que eu ainda tava usando droga e bebendo. Se parar de vim aqui [CAPSad] e se parar de tomar a medicação, acho que volto a usar tudo de novo. Quando falta a minha medicação, eu reclamo. Aí acho ruim. (Entrevistada 8)

A narrativa acima refere que oferece cuidado sim e que se não fosse o CAPS acha que estaria usando drogas e bebendo. Acrescenta que, se parar de vir ao serviço e se parar a medicação, provavelmente retornaria ao uso das drogas. E adverte que, quando falta a medicação, reclama, pois “acha ruim”. Compreendemos nesta fala que o cuidado atende às necessidades do indivíduo e caso abandone o tratamento ou falte a medicação haveria risco significativo de voltar a consumir álcool e drogas. Esta narrativa evidencia o atendimento das necessidades das mulheres, mas refere que a ausência eventual da medicação disponibilizada gratuitamente compromete o tratamento, tanto pela descontinuidade do remédio quanto pela ruptura da assistência e do princípio da integralidade. A reflexão da questão apresentada deve implicar aos gestores da saúde na relevância de realizar um planejamento exequível e correspondente às demandas de seu território, disponibilizando assistência farmacêutica efetiva a todos os pacientes da rede de saúde mental.

Salienta-se que, uma das mulheres referiu desagrado devido considerar o equipamento distante.

Aqui [CAPSad] é bom. Fazer acompanhamento aqui é bom. Eu faço acompanhamento com a psicóloga, a assistente social e o doutor [Psiquiatra]. Eu não venho mais porque nem sempre tem dinheiro [pro transporte], antes eu vinha [pro CAPSad] a pé e aqui ficou muito longe [após a mudança de prédio]. (Entrevistada 7)

A narrativa relata que o CAPSad “é bom”, que fazer tratamento no referido serviço é “bom”. Acrescenta que faz acompanhamento com a psicóloga, com a assistente

social e com o psiquiatra, contudo não comparece mais vezes devido nem sempre tem dinheiro para o transporte, pois antes vinha pro CAPSad a pé e atualmente ficou distante após a mudança de prédio. Esta fala evidencia que a entrevistada considera o tratamento no CAPSad “bom”, que realiza acompanhamento com a equipe multidisciplinar, mas esbarra em barreiras financeiras (dificuldades no uso do transporte para deslocar-se ao CAPSad relacionada ao custo). Este fala também evidencia que a entrevistada se encontra em situação de vulnerabilidade social. Esta fala ainda evidencia a interferência das barreiras geográficas (que se refere à acessibilidade geográfica da unidade de saúde) na adesão efetiva ao acompanhamento. Ressalta-se que, o CAPSad III funcionou de 2008 a 2017 em um endereço bastante central no bairro Pajuçara, bem próximo a corredores de ônibus e ao Hospital ABEMP, cujos leitos psicossociais para média a alta complexidade são referenciados pelo CAPSad III, tendo mudado de prédio no final de 2017 e a atual sede não possui acesso fácil ao transporte público, dispondo de poucas linhas que transitam nas proximidades. Dentro desta compreensão, concordamos com Cunha e Vieira-da-Silva (2010), quando referem que a análise dos motivos das barreiras geográficas e organizacionais, vinculando-se às dimensões de acessibilidade não tem sido valorizadas e este fato constitui-se enquanto razão para os problemas persistirem. Desta forma, acreditamos ser salutar a realização de estudos epidemiológicos, que apontem concentração de consumo de álcool e drogas nos territórios, atrelado a estudos que considerem as barreiras geográficas, ponderando a localização dos equipamentos de saúde, quanto ao acesso fácil a corredores de transporte público, visando minimizar as barreiras ao tratamento da dependência química para todos, tanto mulheres quanto homens.

Evidencia-se que uma das mulheres referiu desagrado por não haver um grupo específico de mulheres.

[O CAPSad] oferece um bom cuidado né. Eu sou uma que tô aqui e estou bem. E acho que pode vim mais gente, mais mulheres fazer tratamento aqui, ter fé e força de vontade, igualmente eu. Só sinto falta de um grupo só nosso, só mulher.
(Entrevistada 1)

O relato acima refere que o CAPSad oferece bons cuidados, que está no acompanhamento e está bem. Acrescenta que podem vir mais gente, mais mulheres fazer tratamento e ter “fé e força de vontade”, igualmente a ela, contudo refere sentir “falta” de um grupo só de mulheres. Assim, a partir do relato acima compreende-se que na avaliação da entrevistada o serviço oferta bons cuidados em saúde e que podem ser extensivos a mais pessoas, sobretudo mulheres. Contudo, refere sentir a necessidade de um grupo específico

para mulheres. Salienta-se que um espaço de fala específico para mulheres, que propicie as discussões de temáticas das vivências femininas e que consiga acolher melhor suas demandas, pode contribuir de forma decisiva para a permanência das mulheres no tratamento. Conforme Zilberman (1998) as mulheres em uso abusivo ou dependência de drogas são melhor beneficiadas quando realizam tratamento em programas direcionados somente para elas, pois na presença de homens existe a predominância da linguagem masculina e não contempla as singularidades das mulheres.

Diante desta ponderação, consideramos ser relevante se planejar uma oferta de atividades, sobretudo grupos específicos para mulheres no CAPSad III de Maracanaú com o intuito de contemplar as singularidades das mulheres usuárias de álcool e drogas. Ademais, estas singularidades devem ser priorizadas na elaboração e nos redirecionamentos do PTS das mulheres, visando a efetiva adesão das mesmas ao tratamento da dependência química.

Salienta-se ainda que uma das mulheres referiu desagrado em decorrência do desligamento de um profissional da equipe.

Eu acho que atende [às necessidades das mulheres]. Eu gosto. Só não gostei da médica ter saído. Ela pediu os exames e quando fui mostrar [os resultados] ela tinha ido embora. (Entrevistada 9)

A narrativa menciona considerar que o serviço atende às necessidades das mulheres e refere que gosta. Entretanto, só não gostou da médica ter saído, que esta solicitou exames e quando foi mostrar os resultados a médica havia “ido embora”. Esta narrativa refere que o CAPSad atende às necessidades das mulheres, mas em decorrência do profissional que iniciou o acompanhamento não fazer mais parte da equipe do serviço não “gostou”, ou dito de outra forma, não se sente satisfeita diante disto. Esta narrativa evidencia a quebra de vínculos na relação terapêutica, especialmente na relação médico-paciente e pode ser indicativo de elevada rotatividade de profissionais na saúde mental e/ou na política de saúde em sua totalidade. Salienta-se que a quebra do vínculo terapêutico (pela descontinuidade da assistência médica ou outro motivo), interfere significativamente na continuidade e na responsabilidade compartilhada durante o tratamento para a dependência química, podendo resultar em desmotivação ou abandono do acompanhamento.

Neste sentido, concordamos com as ponderações de Santos (2008), que salienta a importância do vínculo terapêutico e que este pode ser uma ferramenta que propicia troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo,

congregando-os para o reconhecimento e identificação do outro como um indivíduo repleto de singularidades e ao mesmo tempo um indivíduo coletivo.

Assim, conhecer quais fatores as mulheres não se sentem contempladas no tratamento no CAPSad III de Maracanaú contribui para a reflexão do serviço ofertado, bem como para o redirecionamento das ações, objetivando facilitar a maior adesão das mulheres ao tratamento. Ademais, o tratamento da dependência química em mulheres é complexo e demanda um olhar sensível e acolhedor dos profissionais, redirecionando o percurso terapêutico sempre que for necessário e criando estratégias que priorizem as demandas femininas no tratamento.

Embora os empecilhos ou dificuldades apresentadas pelas mulheres para realizarem o tratamento não tenham sido referidos como impeditivos, podem ser compreendidos como fatores que contribuem para desmotivar e que muitas vezes comprometem a adesão ao tratamento para a dependência química. Verificou-se ainda que as mulheres têm buscado estratégias para transpor as dificuldades visando minimizar as complicações decorrentes do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas.

As dificuldades que se apresentam para a maior adesão das mulheres ao tratamento para o uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, se referem às necessidades de saúde de uma população que é detentora de direitos, mas os desconhece, visto que o direito à saúde está garantido na nossa Carta Magna e garante acesso universal e integral a todos e acompanhamento por equipe multidisciplinar em todos os níveis de assistência à saúde. Contudo, é importante destacar a corresponsabilização do paciente, tanto na elaboração de seu projeto terapêutico quanto no redirecionamento das atividades no serviço, contribuindo para a diversificação de ações, modos de acolher e dar respostas às demandas e necessidades específicas das mulheres.

Diante desse cenário, o desafio que se apresenta é de assegurar a elaboração de projetos terapêuticos individuais capazes de contemplar a singularidade na produção do cuidado psicossocial e comprometer-se com a construção de um SUS da qualidade. É possível sinalizar alguns caminhos baseando-se em experiências exitosas na saúde mental, ou dito de outra forma, a ponderação sobre ações fragmentadas das equipes multidisciplinares, a reorganização das práticas a partir do contexto de mudanças do modelo assistencial, assim como a utilização de tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo terapêutico e a escuta qualificada, apontam a potência para substituição de práticas hegemônicas em face da proposta da clínica ampliada (CAMPOS, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil ingressou em um processo cujas inflexões modificaram substancialmente a assistência psiquiátrica, pautada então no modelo de atenção hospitalocêntrico, sem perspectivas de inclusão e reinserção social dos milhões de pacientes usuários dos serviços de saúde mental no país. Atualmente a assistência prestada pauta-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e em uma assistência integral para o indivíduo. A implantação desse novo modelo de atenção em saúde mental ainda se encontra em construção e nós somos também os atores deste percurso, juntamente com os pacientes, familiares e gestores.

Observamos ainda que, a saúde mental enquanto eixo da saúde pública ainda é relegada a um plano secundário em propostas e financiamento de ações governamentais, embora há de se reconhecer que o movimento da reforma psiquiátrica instaurada no país na década de 1970 conquistou avanços significativos nesse importante percurso.

Inseridos neste percurso encontramos o tratamento dispensado às mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, direcionando para o efetivo exercício da cidadania das mesmas, prestado através dos serviços substitutivos.

A partir dos resultados coletados na busca de desvendar alguns aspectos da compreensão do fenômeno da dependência química para as mulheres que estão em tratamento no CAPSad III de Maracanaú, apresentamos, a seguir algumas inferências nossas, a termo de considerações e contribuições deste ensaio investigativo.

Neste sentido, evidencia-se um conhecimento confuso por parte das mulheres no tocante à dependência química, sendo fortemente influenciados pela cultura de uma sociedade do “aparente”, do superficial, que não tem se preocupado em investigar e divulgar de forma responsável este fenômeno, bem como vem se mostrando ao longo do tempo, como uma sociedade de mensagens contraditórias no tocante à dependência química: deve-se comer, porém não se tornar um gordo, deve-se beber, entretanto, não se tornar um “bêbado”, dentre outros.

Conforme o explicitado ao longo do estudo, o álcool e o cigarro são as drogas que mais matam, sendo legalizadas e disponíveis ao grande público em qualquer contexto social. Assim, é necessária a adoção de uma série de medidas de orientação quanto a esta problemática, sobretudo no tocante ao público jovem, bem como um rigor maior em sua comercialização e propaganda veiculada nos meios de comunicação.

No tocante ao álcool, existem leis que regulamentam a sua venda, entretanto estas leis não são cumpridas. Destacam-se: veto a comercialização de álcool para menores de dezoito anos, para indivíduos com transtornos mentais evidentes e para indivíduos intoxicados; veto a comercialização de álcool em dia de eleição; veto para dirigir veículos automotores com concentração sérica de álcool superior a 0,8 gr/l; intoxicação frequente no trabalho pode ser justificada para despedir trabalhadores e esse perde alguns direitos trabalhistas; é proibida intoxicação em locais públicos; veto a comercialização de bebidas alcoólicas em algumas rodovias no país, dentre outras (BAPTISTA, CRUZ E MATIAS, 2003).

Podemos citar alguns fatores como estimulantes ao consumo de álcool em nossa sociedade: controle de vendas para os jovens vir se mostrando ineficaz; a veiculação pelos meios de comunicação de uma relação entre o álcool e a liberdade; o estímulo social ao consumo de álcool herdado de nossos ancestrais indígenas, dentre outros. Embora o álcool apresente consequências extremamente destrutivas, seu consumo ainda faz parte de um ritual de passagem da infância para a vida adulta, bem como das formas de socialização dos indivíduos, sendo o seu consumo estimulado socialmente.

Ressalta-se ainda que, no tocante às bebidas alcoólicas, o consumo elevado e os problemas decorrentes ainda são tratados de uma maneira geral, pelo poder público, como um fato isolado, cujas medidas de intervenção são ainda incipientes. No Estado do Ceará, poucas cidades dispõem de serviço para o tratamento da dependência química que trate do fenômeno de maneira clara e busque a permanência do dependente químico em sua família e comunidade, excetuando é claro, em situações de crise.

Há de ponderar que, embora no imaginário da população seja necessário o tratamento do dependente químico em locais fechados, a política de saúde mental assumida em nosso país tem como objetivo primordial a inclusão social. Os dispositivos substitutivos devem favorecer que o paciente esteja integrado na comunidade em que está inserido, baseando-se o tratamento na necessidade do indivíduo e estabelecendo estratégias a serem utilizadas no decorrer do tratamento.

Assim, abordar a questão do consumo de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, implica buscar compreender a gama de relações que se processam em nossa atual sociedade, suas representações e significados, bem como a história de vida das mulheres e outros fatores subjetivos, como a relação das mesmas com a droga. É importante refletir sobre o lugar que a droga ocupa na vida das mulheres e a interação sujeito, droga e sociedade. Dessa forma, há de se considerar a dimensão concebida ao sujeito e ao contexto sociocultural.

A presente pesquisa buscou versar sobre as percepções acerca da dependência química elaboradas por mulheres em tratamento, elaborando conhecimentos que propiciem a ampliação da compreensão sobre a relação que o universo feminino estabelece com o álcool e as outras drogas, compreendendo ainda quais fatores ocasionam o uso, e quais rebatimentos estão implicados na vivência da dependência química na sociedade em que vivemos.

Corroborando com as ideias de Nery Filho e Torres (2002), devem-se buscar novos caminhos para a pessoa em uso abusivo ou dependência, novas maneiras de inscrição fora do grupo familiar e daquelas oferecida pela droga: uma profissão, a arte, um amor, uma satisfação substitutiva, o que conduz geralmente ao afastamento do consumo da substância.

Dessa forma, a intervenção junto às mulheres em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, cuja história de vida geralmente está marcada por intensos sentimentos de abandono, desavenças, desconfianças, mágoas e distanciamento dos modelos institucionais da sociedade, pressupõe uma proposta diferenciada, em que a intervenção seja ausente de pré-conceitos e pré-noções, privilegiando às singularidades do público feminino e o respeito à subjetividade de cada uma, traçando um projeto terapêutico exequível, sempre em acordo com a própria usuária.

Dentro desta compreensão, pode-se vislumbrar um caminho que começou a ser trilhado, ao se implantar um Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas III na cidade de Maracanaú, entretanto há de se avançar muito em diversas direções, como: a disponibilidade de ações específicas para as mulheres em tratamento, o estabelecimento de mais parcerias, a busca pela ressignificação de concepções tradicionais sobre a dependência química, a reflexão sobre o uso abusivo em mulheres e suas implicações, o cesso à informação disponível para a população, intensificação de ações educativas, o fortalecimento de vinculação com a família dos pacientes, medidas restritivas mais severas em relação ao consumo de álcool e tabaco, dentre outros.

A formação de um vínculo de confiança entre os profissionais do serviço e as mulheres é imprescindível, possibilitando assim que estas possam refletir sobre suas vivências pessoais, visualizar novos caminhos, reacender sensibilidades, aflorar desejos, sonhos e emoções, considerando a possibilidade de traçar uma nova história de vida, cujos rebatimentos positivos atingiram ela própria, a família e a comunidade.

Deve-se ainda, tomar medidas de prevenção primária e de educação em saúde em larga escala ao se abordar o fenômeno da dependência química. Deve-se buscar a integração de ações nos Centros de Atenção Psicossocial, na atenção básica, escolas, empresas, organizações não governamentais, dentre outros. Profissionais da saúde, administradores

públicos e a sociedade têm que responder pelo desafio de divulgar os prejuízos ocasionados pelo uso de álcool e das substâncias psicoativas, atuar na prevenção e no tratamento da dependência química. Um passo importante nesta direção passa necessariamente pela compreensão clara do fenômeno, bem como a importância da moderação e do cuidado com a situação em que se decide usar o álcool ou alguma substância psicoativa; e o combate a estigmatização do dependente químico, sobretudo às mulheres.

A veiculação ampla de campanhas educativas também constitui em fator importante, pois embora não se constitua como efetivos impulsionadores imediatos da mudança de comportamentos do indivíduo, propiciam um grau maior de conhecimento da população sobre a dependência química, bem como o clima social em relação a esta problemática.

Várias literaturas que abordam o fenômeno da dependência química feminina, evidenciam a relevância de um olhar diferenciado e sensível, tanto na prevenção quanto no tratamento de usuárias de álcool e substâncias psicoativas, sendo esta uma das constatações deste estudo, bem como o serviço tem demonstrado ter relevância na vida destas mulheres, representando assim, uma responsabilidade significativa para os profissionais que integram a rede de Saúde Mental de Maracanaú, sobretudo para a equipe do CAPSad III.

Inserido neste prisma deve-se alcançar outro objetivo, que consiste na disponibilidade de maior suporte às mulheres em tratamento, através de um serviço acolhedor, de escuta qualificada e elaboração do Projeto Terapêutico Singular coerente com a realidade de cada uma das mulheres e suas vivências individuais, na qual as mulheres poderão ter uma visão clara do fenômeno da dependência química, bem como criar estratégias mais eficazes de enfrentamento.

Embora o estudo aponte para estes direcionamentos, o certo é que as mulheres, embora detentora de um conhecimento confuso de saberes acerca da dependência química, tem encontrado estratégias próprias de enfrentamento, seja buscando no serviço o tratamento e suporte nos momentos de crise, seja buscando outras estratégias disponíveis.

A relevância dos resultados apreendidos neste estudo consiste em desvendar as diferenças no trato das mulheres em uso abusivo ou dependência química, bem como agrupar saberes acerca do fenômeno em tela, fornecendo a possibilidade de refletir e direcionar ações de prevenção e tratamento, bem como nos oferece subsídios que podem abrir caminhos para o redirecionamento de outras políticas públicas em nosso município, sobretudo no que tange às ações específicas para o público feminino.

Este estudo pode ainda, fazer aflorar o interesse no tocante ao fenômeno da dependência química feminina por parte de outros profissionais em analisar o universo do consumo de álcool e substâncias psicoativas, contribuindo desta forma para a construção e a disseminação de conhecimentos acerca desta problemática.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. **Dependência química: tratamento**. [S.l:s.n], 2015. Disponível em: <http://www.albuquerquepsicologia.com/saiba_mais_dep_quimica.html>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- ALENCASTRE, M. B. MORENO, V. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v.2, n.8, p 44-48, 2003.
- ALMEIDA, R. M.; SCHEFFER, M. Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, v.2, n.3, p.1-11, 2010.
- ALVES, A. R.; SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem sociocultural** in Saúde e Doença: uma Abordagem Cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa-livro, 1996.
- ALVES, R., KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v.9, n.3, p.22-28, 2002.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- ANDRADE, T M e ESPINHEIRA, C G D. A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: **Supera: Sistema para detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília, SENAD, 2009.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **A psicoterapia diante da drogadição: a vida dos drogados**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
- AQUINO, M.T.C. A mulher e a droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: **Toxicomanias: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1998.
- ARAÚJO, N. F. **Sustenta, mas não manda: dilemas de uma ação sociopolítica de mulheres chefe de família no nordeste brasileiro**. In: **Relações sociais e gênero: olhares cruzados América Latina Europa**. Natal: EDUFRN, 2006.
- ATHAYDE, C.; BILL, M.V. **Falcão: mulheres do tráfico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.33-38, 2007.

BALBUENA, M. R. “O Carniceiro e o Poeta”. In: **A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BANDEIRA, L. **Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília: CEPAL/SPM, 2005.

BAPTISTA, M.; INEM, C. **Toxicomanias: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

_____. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

BARBOSA, G. C.; et.al. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v.14, n.6, p.31-37, 2015.

BARBOSA, G. S.; LAGE, A. C. Reflexões sobre o movimento feminista na América Latina. **Revista Lugares de Educação**, Bananeiras, v. 5, n. 11, p. 92-103, 2015.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Pobreza multidimensional no Brasil: textos para discussão nº 1227**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

BARSTED, L. A. L. Em busca do tempo perdido: mulheres e políticas públicas no Brasil, 1983 – 1993. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 2. n.3, p.33-38, 1994.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v.44, n 1, p.33-39, 2010.

BOCCARDO, A. C.; ZANE, F.C; RODRIGUES S.; MÂNGUIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BONI, de B.; KESSLER, F. Tratamento. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3 ed. Brasília: SENAD, 2010.

BRANCO, F. M. F. C.; SOUSA, M. N. P.; BRITO, N. C. C.; ROCHA, V. L. P. O.; MEDEIROS, J. M. Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p.33-39, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do uso de drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

_____. **Proposta de normatização dos serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **3ª Conferência de saúde mental, 2001:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Legislação em saúde mental.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Legislação em saúde mental 1990-2004.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos:** uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria Interministerial n. 1.964 de 09/07/02. **Grupo interministerial de trabalho:** para Organização de um Referencial para Curso de Educação Profissional de Nível Médio na Área de Reabilitação de Dependentes Químicos. Brasília: SENAD, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Inalantes:** informações e prevenção. n. 07 da série diálogo. 5. ed. Brasília: SENAD, 2004.

_____. **Álcool:** o que você precisa saber. 5. ed. Brasília:[s.n], 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** o centro de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária:** inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: SENAD, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2007-2010.** Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Governo Federal. **Crack, é possível vencer:** enfrentar o crack, compromisso de todos. Brasília: Portal Brasil, 2013. Disponível em: <https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf>_. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS:** cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial - Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Crack, é possível vencer.** Enfrentar o crack. É possível vencer. Brasília: Portal Brasil, 2013. Disponível em: <https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf>_. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. **Portaria n.º 3.588,** de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>_. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relatório de Gestão 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares:** perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 194p, 2005.

BRASILIANO, S; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substância psicoativas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.33, n. 3, p.33-38, 2006.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1992.

BÜCHELE, F e CRUZ, D. D. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3 ed. Brasília: SENAD, 2010.

BURGUIERE, A. **História da família:** o choque das modernidades. Lisboa: Terramar, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde e paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CARBONERA, A.; SILVA, D. G.; NASCIMENTO-ANDRÉ, M. I.; LEGAL, E. J. Dando voz a mulheres em tratamento da dependência de substâncias psicoativas. **Revista de Psicologia da IMED**, v.5, n.2, p.22-27, 2013.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID, 2006.

CARLINI, E. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010. São Paulo: Cebrid, 2010.

CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 1995.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. CEBRID – **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicoativas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. Rio de Janeiro: CEBRID/UNICEF, 2002.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. bras. psiquiatr.**, v.55, n.3, pp.208-211, 2006.

CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H. **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

COSTA, E. C. P. **Amor Bandido**: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. Maceió: EDUFAL, 2012.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COVINGTON, S. **Os doze passos na perspectiva da mulher**. São Paulo: Edições, 2012.

CRUZ, M S. VARGENS, R W e RAMÔA, M L. Crack - uma abordagem multidisciplinar. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3 ed. Brasília: SENAD, 2010.

CRUZ, M. S. O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.725-737, 2010.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DELGADO, P. O desafio é deslocar recursos. **Revista saúde**, v. 15, n. 3, p. 8-11, ago-set, 2001.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma psiquiátrica**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DRUMMOND, M., DRUMMOND FILHO, H. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 1998.

DUARTE, C. E.; MORIHISA R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3 ed. Brasília SENAD, 2010.

ELBREDER, M. F.; LARANJEIRA, R.; SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasil. Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

ENGELS, F. **A Origem da família, da propriedade privada e do estado**. 4. ed. Lisboa: Martins Fontes, 1980.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A.R. et al. **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o consumo**. Salvador: EdUFBA, 2004.

ESPINOSA, A. M. F. **Guias práticos de enfermagem: Psiquiatria**. São Paulo: McGraw-Hill, 2000.

FARENTINOS. C. B. **Dependência química: um problema a ser enfrentado pela sociedade**. São Paulo-SP:[s.n], 2003. Disponível em:< http://www.medilar.com.br/informes/06-2001_dependencia/asp>. Acesso em: 20 out.2013.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 4, p.22-29, 2013.

FIGLIE, N. B. **O tratamento da família na dependência química**. São Paulo: EdUSP, 2004. Disponível em :

<http://www.adroga.casadia.org/codependencia/codependencia_tratamento_familia_dependencia.htm>. Acesso em: 17 out. 2015.

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

FIGUEIREDO, N. M. L. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FOUCALT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1978.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. In: COELHO NETO, J. T. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FLORES, Y.; FRANCO, S. M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996.

FREITAS, M. C. **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001.

FROTA, M. H. P.; OSTERNE, M. S. F. **Família, gênero e geração: temas transversais**. Fortaleza: EdUECE, 2004.

GABATZ, I. I. B.; et.al. Percepção de usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev. Gaúcha Enferm*, v.34, n.1, p.12-19, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, K.V. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. 2010. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e sexualidade. *Antropologia em primeira mão*, Florianópolis, v.8, n. 24, 1998.

GUILHERM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidades feminina no contexto da AIDS. *Revista Bioética*, Brasília, v.16, n.2, p. 229-240, 2008.

GURGEL, T. **Feminismo e luta de classe: história, movimento e desafios teórico-políticos do feminismo na contemporaneidade**. Curitiba:[s.n], 2010.

HALES, R. E.; YUDOFKY, C. S.; GABBARD, G. O. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HOCHGRAF, P. B.; ANDRADE, A. G. A questão do gênero nas farmacodependências. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2004.

HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S. **Mulheres farmacodependentes**: uma experiência brasileira. São Paulo:[s.n], 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em: 02 maio 2017.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4 ed. Brasília: IPEA, 2011.

JALIL, E.; COUTINHO, C.; BERTONI, N.; BASTOS, F.I. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

JORA, N. P. **Consumo de cocaína, crack e múltiplas drogas**: interfaces com a qualidade de vida de usuários. 2014. 156f. Tese (Doutorado Em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira**: a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1998.

KNOBEL, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: EPU, 1986.

KURT, V., STEIN, K. Tratamento de Mulheres. In: HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. **Tratado de psiquiatria clínica**. São Paulo: Artmed, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LARANJEIRA, R.; OLIVEIRA, R. A.; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2.ed. São Paulo: CREMSP/AMB, 2003.

LARANJEIRAS R.; PINSKY I; ZALESKI M; CAETANO R. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEAMON, M., WRIGHT, T., MYRICK, H., Transtornos relacionados a substâncias. In: HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. **Tratado de psiquiatria clínica**. São Paulo: Artmed, 2012.

LEITE. M. da C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD, 2001.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. Florianópolis: EdUFSC, 2001.

LIMA, E. Existe um paradigma epidemiológico para o fenômeno da drogadição? In: **Toxicomanias**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

LIMA, L. F. **Violência e poder**. São Paulo: Iglu, 1999.

LIMA, N. T. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOURO, G. L. **O corpo educado**: pedagogia da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? In: Reforma psiquiátrica é lenta, mas avança. **Revista RADIS**, v.15, n. 38, p.11-19, out.2005.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde**, v. 14, n. 3, p.22-28, 2007.

MARAGOGI, S. R. **Contextos de exclusão social e vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal**. 2011. 159f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

MARAGOGI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto – enferma.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.22-28, set.2013.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social**: identidade e alienação. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MATOS, M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. **Estudos feministas**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 333-357, 2008.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F.; TENÓRIO-SOUZA, F. M.; DIAS, C. C. V. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n.2, p.22-28, 2013.

MEDINA, M. G.; SABTOS, D. N.; ALMEIDA FILHO, N.; BAQUEIRO, C. C. D. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MINAYO, M. C. S. et al **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINUCHIN, S. **Famílias**: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MOKI, Michelle Peixoto. **Representações sociais do trabalho carcerário feminino**. São Carlos: UFSCar, 2005.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.

MORIYAMA, Victor. **Brasil cai cinco posições em ranking de igualdade de gênero em 2018**. [S.l:s.n], 2018. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-cai-cinco-posicoes-em-ranking-de-igualdade-de-genero/>>. Acesso em: 10 dez.2018.

NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids**. São Paulo: CEBRID, 2004.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev. ABP-APAL**, v.16, n.2, p.22-27, 1994.

NERY FILHO, A.; TORRES, I. M. A.P. **Drogas: isso lhe interessa?** Salvador: CETAD, 2002.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e feitos no organismo. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3 ed. Brasília:SENAD, 2010.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga: drogas e toxicômanos**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

OLIVEIRA, H. N. **Projeto do programa de abordagem do uso e abuso de substâncias psicoativas no município de Sobral – CE**. [S.l:s.n], 2001.

OLIVEIRA, J. F. **(In) visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de Gênero**. 2008. 159f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/aids em uma perspectiva de gênero. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.11, n.4, p.625 – 631, dez.2007.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.11-19, jun.2006.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: EdUFPB, 2002.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista Saúde Pública**, v.42, n.4, p.664-671, 2008.

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

_____. **Violencia contra la mujer**. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva no. 239. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. [S.l]: World Health Organization, 2001.

ORTH, A. P. S.; MOREÉ C. L. O. O. **Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas.** [S.l:s.n], 2008.

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.

PINTO, C.R. J. Feminismo, História e Poder. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v..18, n.36, p.15-23, jun. 2010.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. A prática feminista e o conceito de gênero. **Textos Didáticos**, Campinas, v.7, n. 48, p. 7-42, 2002.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRADO, D. **O que é família?** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1991.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, Washington, v. 47, n.55, p. 1102-1114, 1992.

QUADROS, W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 95-117, 2004.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S.; CODO, W. **Psicologia social: o homem em movimento.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

RENNÓ JR., J.; et.al. Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.66, p. 73-76, 2005.

RIBEIRO, J. M. **A agência nacional de saúde suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas.** Rio de Janeiro:[s.n], 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/Eaatencaosaude.asp>. Acesso em: 15 abr. 2015.

RIBEIRO, M. e LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco.** São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ROCHA, J. C. G.; ROCHA JUNIOR, A. Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 4, n. 2, p. 10-22, 2010.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social.** São Paulo: Graal, 1980.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo:Perseu Abramo, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.11-18, 2003.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de organização dos centros de atenção psicossocial**. Quixadá:[s.n], 1994.

SANCHEZ, Z. V. D. M. Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In: **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6 ed. Brasília: SENAD, 2014.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p.22-29, 2002.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde no SUS**. Campinas: IDISA, 2008.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n.2, p.71-99, 1995.

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

SELEGIM, M. R.; MARAGOGI, S. R.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. **Rev. Latino-Amer. Enfermagem**, v.19, n.5, p.25-29, 2011.

SILVA, L. O. **Mulher, drogas e questão de gênero: uma revisão de literatura**. 2015. 65f. Monografia (Especialização em saúde mental, álcool e outras drogas). Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.11, p.3799-3810, 2018.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.22-28, 2009.

SILVA, J. L. **Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas**. 2011. 224f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Serviço de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, S. L. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack**. 2000. 195f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. esc. enferm.**, v.43, n.2, p.401-406, 2009.

SILVEIRA, C. M. Padrões de consumo do álcool na população brasileira. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3. ed. Brasília: SENAD, 2010.

SILVEIRA, D. X. **Um guia para a família**. Brasília: SENAD, 2000.

STREY, M.N; BOTTON, A.; CADONÁ, E.; PALMA, Y. A. **Gênero e ciclos vitais: desafios, problematizações e perspectivas**. Porto Alegre, EdIPUCRS, 2012.

SZYNASNSKI, H. Teorias e teorias de família. In: CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDC, 1995.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos da enfermagem psiquiátrica**. Porto Alegre: Grafiline, 1992.

TELES, M. A. A., MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TENÓRIO, F. G. **A psicanálise e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca D'água, 2001.

UNITED NATION ORGANIZATION FOR DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017**. Vienna: UNODC, 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo. Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. **Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, M. G. F; JORGE, M. S. B. **Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado na rede de saúde mental e sua (des)articulação com a estratégia saúde da família**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

VASTERS G. P; PILLON S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.33-39, mar.-abr. 2011.

VOLCOV, K.; VASCONCELOS, M. P. “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Sal. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 99-105, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Substance Abuse**. [S.l]: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/>. Acesso em: 20 jan.2017.

YAZBEC, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista IMESC**, v.6, n 3, p.33-39, 2001.

ZEMEL, M L. Prevenção: novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3.ed. Brasília: SENAD, 2010.

ZILBERMAN, M. L. Uso de drogas entre mulheres. In: **Drogas e pós-modernidade**: prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

ZILBERMAN, M. L.; ANDRADE, A. G. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres**. São Paulo:EdUSP, 1998.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.22, p. 51-55, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perfil do entrevistado

PERFIL DO ENTREVISTADO

Idade: _____

Raça: ()Branca ()Preta ()Amarela ()Parda ()Indígena ()Ignorado

ESTADO CIVIL: ()Solteiro ()Casado ()Separado ()Divorciado ()Outros

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Situação no mercado de trabalho: ()Trabalho informal

()Trabalho formal ()Desempregada ()Outros _____

Renda mensal: _____

Idade de início do uso de álcool ou drogas: _____

Substância que iniciou: ()Álcool ()Tabaco ()Maconha ()Cocaína ()Crack

()Ecstasy ()Inalantes ()Opioides ()Benzodiazepínicos ()Alucinógenos

()Anfetaminas

Substância utilizada no último ano: ()Álcool ()Tabaco ()Maconha ()Cocaína

()Crack ()Ecstasy ()Inalantes ()Opioides ()Benzodiazepínicos ()Anfetaminas

()Alucinógenos

Número de internações: _____

Acesso ao CAPSad/ Encaminhamento: _____

Número de filhos: _____

Comorbidade Psiquiátrica: ()Sim ()Não Qual? _____

Histórico de transtorno mental na família: ()Sim ()Não Qual? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) O que levou você a consumir álcool ou outras drogas?
 - 2) O que você entende por dependência química (ou vício)?
 - 3) Qual o impacto ou consequências do uso de álcool ou outras drogas em sua vida? E na sua saúde enquanto mulher?
 - 4) Qual substância trouxe maior prejuízo na sua vida?
 - 5) Você percebe diferenças entre o uso de álcool ou outras drogas entre homens e mulheres?
- Se afirmativo, fale sobre isto.

- 6) Fale um pouco sobre a sua relação com a sua família e como o uso de álcool ou outras drogas interfere nesta relação?
- 7) Você tem casos de consumo de álcool ou outras drogas na família?
- 8) O que você acha do CAPSad III de Maracanaú?
- 9) Você identifica que o serviço oferece um cuidado que atende às necessidades das mulheres acompanhadas nele? O que pode melhorar?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa tem como foco investigar as percepções acerca da dependência química para as mulheres em tratamento no CAPSad III de Maracanaú. Tem como objetivos específicos: pesquisar a situação socioeconômica das mulheres em tratamento de abuso/dependência química de álcool e outras drogas no CAPSad III de Maracanaú, bem como identificar as causas e investigar as consequências atribuídas pelas mulheres para o uso abusivo ou dependência de álcool ou substâncias psicoativas.

Desenvolvida em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa (qualitativo) técnicas e instrumentos adequados ao tipo de informações a serem coletadas. Os dados serão obtidos através de entrevistas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes da pesquisa, salientando que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais poderão ser publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, afim de criar políticas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da pesquisa no decorrer da entrevista; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Este termo será elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Maracanaú, ____/____/____

Telefone da pesquisadora: (85) 87382989