



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**Gênero e uso de drogas: a demanda de cuidados entre mulheres num
serviço de Saúde Mental.**

CAROLINE DOMINGUES COUTO

Rio de Janeiro

2015

CAROLINE DOMINGUES COUTO

**Gênero e uso de drogas: a demanda de cuidados entre mulheres num
serviço de Saúde Mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola
de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
requisito para obtenção do título de Assistente Social,
orientado pelo Prof. Dr. Erialdo Matias Nicacio.

Rio de Janeiro

2015

Agradecimentos

Através deste espaço, demonstro a minha gratidão a todos que contribuíram para que eu chegasse ao fim desta longa jornada.

Primeiramente, agradeço a Deus por tudo que me proporcionou até hoje. A fé Nele me move a acreditar que foi uma graça recebida a conclusão deste curso.

Aos meus pais **Itamar** e **Eliana**, irmãos **Ítalo** e **Érika** e familiares, por estarem sempre ao meu lado aguentando todas as loucuras que o mundo universitário me propos.

Aos amigos, por entenderem esta jornada e me trazerem sempre o frescor de que no final tudo daria certo.

A você **Douglas**, mesmo chegando na reta final deste longo processo, obrigada por me fazer ter um novo horizonte através da sua alegria de viver.

A minha turma, começamos juntos e seremos colegas de profissão, alguns ficaram pelo caminho, mas obrigada por estarem junto comigo.

Aos meus afilhados, é indescritível saber que cada esforço meu só poderia me levar a sonhar em momentos ainda melhores com vocês. Aqui falo pra você **Rhayra Braga**, mesmo sendo biomédica seu auxílio na elaboração deste trabalho fizeram ele realmente nascer e crescer, caso com você, como sempre brincamos!!

A minha primeira e eterna supervisora **Maria Alice Bastos**, muito obrigada por toda troca de conhecimento, você me fez amar mais a profissão.

Ao meu orientador **Erimaldo Nicacio**, agradeço pelo seu profissionalismo e ter topado este tema ainda tão pouco discutido.

**“Ainda que eu falasse a língua dos homens
e falasse a língua dos anjos, sem amor eu nada seria.**

**É só o amor, é só o amor;
Que conhece o que é verdade;
O amor é bom, não quer o mal;
Não sente inveja ou se envaidece”.**

(Renato Russo)

FICHA CATALOGRÁFICA

COUTO, Caroline Domingues, 1990 – Gênero e uso de drogas: a demanda de cuidados entre mulheres num serviço de Saúde Mental.

Orientador: **Erialdo Matias Nicacio**

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Serviço Social, 2015.

Palavras-chave: Demanda, Drogas, Gênero.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo investigar a relação entre mulheres e demanda de cuidados nos serviços de Saúde Mental, a partir da visão dos profissionais. Por isso, o tema perpassa o gênero, o uso de drogas e acesso a serviços especializados de Saúde Mental. Para tal, estruturou-se a monografia em três capítulos. No primeiro, falaremos da construção do gênero, isto é, como se foi desenvolvendo a temática em seus períodos históricos e sua influência na elaboração deste. No segundo, sua correlação com as drogas e o sexo feminino, apesar das pesquisas apontarem uma relação de uso e abuso maior entre o sexo masculino; e por fim a discussão dos dispositivos de Saúde Mental e seus profissionais, e como estes estão lidando com os elementos para elaborar uma mudança na demanda dos serviços. Tendo por hipótese que as mulheres usuárias de drogas possuem diferenças significativas, no que se refere ao uso, diagnóstico, busca e adesão ao tratamento em relação ao sexo oposto. Isto porque as questões de gênero que a cercam são anteriores à ela e atingem toda a sociedade ao seu redor. Por isso é de grande importância trazer esta temática para discussão, tendo em vista que ela ainda é pouco debatida nos locais de referência.

Palavras-chave: Demanda, Drogas, Gênero.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF 1988	Constituição Federal Brasileira de 1988
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SNC	Sistema Nervoso Central

COMPONENTES

Caroline Domingues Couto – Acadêmica de Serviço Social

Erimaldo Matias Nicacio – Orientador

Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva – Banca Examinadora

Rosana Morgado – Banca Examinadora

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1. Capítulo I – Gênero e o contexto social.....	14
1.1. Contextualização histórica de gênero.....	15
1.2 O aspecto brasileiro na contextualização do gênero.....	18
2. Capítulo II – As drogas e sua relação com o gênero.....	20
2.1. Uso, Abuso e Dependência.....	25
2.2. Dados epidemiológicos.....	28
3. Capítulo III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e Entrevistas.....	32
3.1. O CAPSad e a construção de políticas voltadas para o cuidado.....	32
3.2. Entrevistas.....	36
Considerações Finais.....	41
Anexo.....	43
➤ Roteiro de Entrevistas – Profissionais.....	43
➤ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	44
Referências bibliográficas.....	48

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é objeto de visões diversificadas e muitas vezes conflitantes, por razões teóricas, religiosas ou morais. Além disso, esse uso varia em função do tipo de substância utilizada, do contexto social no qual ele se realiza e até mesmo de acordo com o gênero. Esta dimensão social e de gênero é o que nos interessa neste trabalho.

Assim, o uso de drogas entre mulheres vêm se apresentando como um campo importante de pesquisa, pois cada vez mais vem se desconstruindo a visão de que nos primórdios da sociedade eram tidas como seres imaculados, cheio de estigmas e parâmetros que passavam por cima de seus desejos ou pensamentos, pois viviam numa sociedade onde o masculino se sobrepõe o feminino, e estes elementos foram se enraizando nas gerações de homens e mulheres.

Por isso, este vêm se apresentando como um campo importante de pesquisa, pois cada vez mais vem se desconstruindo a visão de que “mulher tem que fazer coisas de mulher e o homem tem que fazer coisas de homem” e aponta para a diferença sexuada que se refere ao tempo histórico e cultural de cada sociedade, ou seja, estes parâmetros mantêm relações de dominação do gênero masculino sobre feminino.

Na verdade, a partir destas características das relações de gênero (relações de poder, de oposição e a divisão sexual do trabalho) que o debate de gênero foi se desdobrando e trazendo questões das quais se diz enaltecer ou não o feminino, isso porque ainda se mantém a predominância do masculino no que se refere ao comando, mesmo que as pesquisas sobre o tema atualmente demonstrem o crescimento do mandato feminino, principalmente no que denominam periferias.

Ao citar as relações de oposição e de poder, não podemos deixar de descrevê-las um pouco melhor. Assim, a relação de gênero nas diferenças sexuais presentes na sociedade, na qual só existe mulher se houver uma identidade contrastante, no caso o homem, nos remete as relações de oposição que estão presentes nas relações de poder.

As relações de poder dizem respeito a dominação de um gênero sobre o outro, onde o “dominante” sobressai sobre o “dominado”. Dentro desta estão as relações de oposição que nos remetem a diferença entre o espaço público e o privado. Estes são mais bem exemplificados num outro elemento que é a divisão sexual do trabalho, se explicitando a invisibilidade ou valorização do trabalho feminino.

As questões que envolvem às mulheres não se extinguiram com o momento histórico, elas passaram a tomar novos contornos (características) dos quais o machismo, ainda velado, mantém os seus primórdios e as mulheres em meio a tudo isto vivem influências anteriores e atuais, melhor dizendo, um exemplo que pode clarear a situação descrita é a o uso e abuso de drogas, pois para alcançar o tratamento as mulheres ainda perpassam por barreiras que estão dentro delas e da sociedade que as rodeia.

Assim se relacionando ao Capitalismo, sua definição cria uma visão de doença e passa por retaliações, se antes desse marco histórico as drogas se relacionavam ao misticismo, a partir desse momento elas passam a ser uma mazela social de incômodo, que ganhou medidas políticas de repressão proibicionistas e higienista, sendo o uso dotado como algo marginalizado. (RODRIGUES, 2008)

Sendo assim começo a correlacionar gênero com drogas, as duas temáticas deste trabalho. De forma mais simplificada a “demanda é a ação de procurar e acesso é o ato de chegar ou entrar”. (AURÉLIO, 2014). Porém, quando nos referimos ao serviço de saúde a demanda e o acesso se dão na Atenção Básica, que envolvem toda a rede de serviços que são a porta de entrada na chegada destes usuários, seus familiares e nas demandas apresentadas. Sabemos que as questões que envolvem as mulheres são anteriores a elas e trazem uma construção social que as mantém inertes ao período histórico em que estão, e mesmo com o passar de anos elas ainda tem mais dificuldades que os homens a demandar por tratamento ou prevenção.

Estes fatores nos levam a pensar em dados e/ou levantamentos, que por sua vez deixam muito a mercê os elementos que envolvem o gênero, apesar da credibilidade que fornecem através de números, eles contabilizam mas não trazem implicações na demanda.

É por essas inúmeras questões que surgiu o interesse em debater o tema neste trabalho acadêmico, além de encerrar um ciclo numa universidade tão formadora de opinião, ele traz consigo as inquietações de quem vivenciou o campo e quer ver mudanças no debate, iniciando por seus profissionais ainda tão pouco implicados com o mesmo.

Desta forma, este trabalho foi elaborado em três capítulos. No primeiro, falaremos da construção do gênero, isto é, como se foi desenvolvendo a temática em seus períodos históricos e sua influência na elaboração deste. Em seguida sua correlação com as drogas e o sexo feminino, apesar das pesquisas apontarem uma relação de uso e abuso maior entre o sexo masculino; e por fim a discussão dos dispositivos de Saúde Mental e seus profissionais, e como estes estão lidando com os elementos para elaborar uma mudança na demanda dos serviços.

1. CAPÍTULO I - Gênero e o contexto social

Conceituar gênero perpassa por inúmeros períodos históricos até se chegar as concepções atuais e sempre passa por alterações que melhor se adequam ao momento sócio histórico. Para citar esta temática a melhor maneira de iniciá-lo é pelo que encontramos no dicionário: “s.m. Grupo da classificação dos seres vivos que reúne espécies vizinhas, aparentadas, afins, por apresentarem entre si semelhanças constantes” (AURÉLIO, 2014). Porém, com todo o debate acerca disto, pode-se perceber que é uma maneira de classificá-lo, mas que não se esgota nela.

No início do século XIX a concepção de gênero baseava-se nas diferenças sexuais entre o universo feminino e masculino, isto porque a definição estava intimamente referida a uma classificação humana que demonstra uma dicotomia, muito mais relacionada ao biológico do que a construção social e cultural que isto vem apresentando. Num Congresso em 1963, Stoller trouxe o conceito que melhor esclarece toda esta discussão. *“sexo está vinculado à biologia (hormônios, genes, sistema nervoso e morfologia) e gênero tem relação com a cultura (psicologia, sociologia, incluindo aqui todo o aprendizado vivido desde o nascimento). O produto do trabalho da cultura sobre a biologia era a pessoa marcada por gênero, um homem ou uma mulher.”* (STOLLER, apud PISCITELLI, 2009)

1.1. Contextualização histórica de gênero

Para melhor situar o que estamos descrevendo nada melhor que trazer os fatos de modo global até se ater ao contexto brasileiro. Sendo assim, por volta de 1920 na Europa e nos Estados Unidos, se tem as primeiras características do movimento feminista, devido aos “direitos iguais de cidadania” as mulheres adquiriram avanços como o direito a voto, à propriedade privada e ao acesso à educação. Entretanto, estes eram restritos as mulheres de cor branca com alto poder aquisitivo, para todo o restante os avanços demoraram um pouco mais para acontecer, porém este não deixou de ser um fator relevante para o sufrágio eleitoral.

Neste momento histórico, começam a existir movimentos feministas que trazem elementos inovadores para a época. *“Por esse motivo, as autoras feministas utilizaram o termo gênero para referir-se ao caráter cultural das distinções entre homens e mulheres, entre ideias sobre feminilidade e masculinidade”* (PISCITELLI, 2009). Elas começam uma busca por melhores condições, mas enfrentam segmentação dentro do próprio movimento. Um ponto que todos tem em comum é a subordinação da mulher em relação ao masculino e isso transpassa este período histórico, ou seja, se inicia o conceito patriarcado:

“O patriarcado foi um conceito útil na medida em que procurou **historicizar a dominação masculina**, buscando uma origem para a opressão, no tempo e no espaço, a partir da qual se poderia desnaturalizar as desigualdades. Nesse sentido, **o conceito foi particularmente útil para a mobilização política**, por ser uma forma sucinta de descrever os nítidos problemas que interessavam (e ainda interessam) ao feminismo: a insistente dominação das mulheres pelos homens, nas mais diferentes épocas, lugares e esferas da vida social.” (SENKEVICS, 2012)

Nas décadas seguintes, entre 1930 a 1960, tem-se início a segunda onda do feminismo e a autora que marca este período é Simone de Beauvoir com os papéis sociais, que é uma construção histórica e social entre masculino e feminino, sendo assim, naquela época as funções entre o masculino e feminino estavam fadadas a uma análise pequena que não contemplava uma posição na sociedade. Isso dentro da coletividade da época e da forma como se davam as relações entre os sexos opostos.

Um destaque destas décadas foi o direito ao sufrágio eleitoral, no qual, o movimento feminista conquistou esses direitos para a reforma na lei, e mais uma vez a influência se dá a partir do debate, aqui destacaremos a Beauvoir, que através da publicação do seu livro *Segundo Sexo*, amplia ainda mais as convicções de que as mulheres estavam subordinadas ao masculino e que a identidade feminina, que é a junção de elementos biológicos e aspectos sociais da dominação masculina, e isto para as feministas começou a ser uma questão política. Sendo assim, todos os fatores que cercam a mulher, neste período, passam a atingir todas e não a subgrupos, que era o que vinha acontecendo.

O protagonismo do movimento com o passar das décadas só ampliam e os direitos universais, os quais vão tomando proporção entre as mulheres. E o conceito de patriarcado foi visto como uma limitação do debate conceitual que levou a seu esvaziamento, pois não dava conta das experiências dos grupos femininos, já que, havia um patriarca homem que oprimia e subordinava uma mulher. Esta discussão tomava novos parâmetros, pois segundo a citação *“a fonte das relações desiguais entre os sexos é, afinal de contas, as relações desiguais entre os sexos”*, Joan Scott

(1995), percebemos que o debate sobre o patriarcado se prendia ao corpo da mulher e não a construção teórica para este trabalho . Sendo assim, para os autores que discutem gênero criou uma separação entre os que e apropriam do termo ou não.

“As hipóteses explicativas sobre as origens da opressão feminina foram sendo gradualmente questionadas e abandonadas na busca de ferramentas conceituais mais apropriadas para desnaturalizar esta opressão. Essa quadro de efervescência intelectual é o contexto no qual se desenvolve o conceito de gênero.”
(PISCITELLI, 2009)

Um fato histórico que contribui para a construção deste tema é a introdução do trabalho feminino no período das Guerras Mundiais, devido escassez da população masculina, que incidem na teoria do papel social e na divisão sócio técnica do trabalho. Estas ideias demonstram a composição histórica que a mulher foi se colocando e modificando, onde no começo do século era tida única e exclusivamente para procriação, depois vemos sua inserção ao mercado de trabalho, adquirindo o direito a voto e atualmente busca ainda mais uma equiparação em direitos, tendo por “parâmetro” o mundo masculino.

Ao ler estes tópicos é possível dizer que o gênero passou por inúmeras alterações visíveis, apesar de todo esse debate algumas questões ainda se mantêm como a relação da mulher com a maternidade, com o trabalho e com a sua saúde, tendo em vista que ela incorpora um papel de responsabilidade matriarcal para com todos e por consequência, se deixa em segundo plano, no que se refere ao masculino, pois de alguma forma as questões exteriores prejudicam uma nova visão da mulher em suas relações.

1.2 O aspecto brasileiro na contextualização do gênero

Para falar do Brasil, retomarei a citação da antropóloga norteamericana Judith Shapiro, pois através de seu debate sobre gênero faz-se um apanhado das mudanças históricas que o mesmo sofreu.

[Os termos] sexo e gênero são úteis para a análise uma vez que contrastam um conjunto de fatos biológicos com um conjunto de fatos culturais. Sendo escrupulosa em meu uso dos termos, utilizaria o termo “sexo” apenas para falar da diferença biológica entre macho e fêmea, e “gênero” quando me referisse às construções sociais, culturais, psicológicas que se impõem sobre as diferenças biológicas. Gênero designa um conjunto de categorias às quais outorgamos a mesma etiqueta porque elas têm **alguma** conexão com diferenças sexuais. Estas categorias, no entanto, são convencionais ou arbitrárias. Elas são redutíveis e não derivam diretamente de, fatos naturais, biológicos, e variam de uma linguagem a outra, de uma cultura a outra, na maneira em que ordenam experiência e ação. (SHAPIRO, apud PISCITELLI, 2009)

A partir desta citação pode se dizer que o século XX foi de muitas mudanças, principalmente a efervescência do movimento feminista, que se distanciou ainda mais do conceito biológico e ampliou os motivos para o desenvolvimento deste movimento. O Brasil em meio a toda esta temática destaca como marco histórico a Constituição Federal de 1988, na qual, o país percebeu a necessidade de avanços para uma diversidade de grupos, porém isto não pode se esgotar nisto.

O Artigo 5º, I: “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”. E no Artigo 226, Parágrafo 5º: “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher”. Esses dois artigos garantiram a condição de equidade de gênero, bem como a proteção dos direitos humanos das mulheres pela primeira vez no país.

É com tal exemplo que busco elencar o porquê de toda esta conceituação, na verdade, foram destes acontecimentos que cercam o gênero, que podemos observar que as mulheres fazem parte desta sociedade e não estão conscientes de tudo que a ocorre. E esse estar a par, vai além das questões que envolvem renda, emprego ou posição social, no que diz respeito a uso e abuso de drogas e tratamento, as mulheres também se mostram em posição distinta da masculina, e hoje, sabemos que grande parte da dificuldade feminina em se manter no tratamento, como por exemplo, é em virtude de vários anos de repressão do gênero, assim como a imagem ainda, imaculada de maternidade. Sendo assim, partimos para próximo capítulo deste trabalho: **Drogas e sua relação com o gênero** - em que vamos retratar o uso e abuso de drogas pelas mulheres, e como são influenciadas até hoje por todas as questões que as reprimiram no contexto sócio histórico.

2. CAPÍTULO II – As drogas e sua relação com o gênero

A partir da construção histórica do gênero, vê-se que a mulher inserida nesta sociedade e no processo de trabalho, também é afligida pelas questões que cercam o tempo sócio histórico, dentre eles esta as drogas. Neste trabalho, nos ateremos principalmente as psicotrópicas.

Para isso definiremos o conceito das drogas, sua definição de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento e comportamento. De acordo com esta organização estas substâncias podem causar danos prejudiciais sobre o sistema nervoso central (SNC), quando seu uso é abusivo, dentre elas: a depressão, a estimulação ou a perturbação da atividade mental.

A medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. (CEBRID, 2003)

Assim, as drogas psicotrópicas são classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem em nosso cérebro: Depressores da Atividade do SNC; Estimulantes da Atividade do SNC e Perturbadores da Atividade do SNC. (CEBRID, 2003)

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), as substâncias psicoativas incluem álcool, opióides (morfina, heroína e substâncias sintéticas), canabíodes (maconha), cocaína, tabaco, entre outros. Dentro de uma visão atual, estas drogas podem ser consideradas lícitas ou não, entretanto elas nem sempre tiveram esta classificação, mas de uma maneira geral elas vêm sendo utilizadas para diminuir as depressões e angústias dos seres sociais ao longo da história. (BUCHER, 1992)

Na Antiguidade, o uso de drogas não eram um mal em si, e sim a algo sobrenatural (místico) com uma finalidade clara de ser voltado para algo religioso, cultural, curativo ou por prazer ocasionando alterações das sensações e/ou percepções que faziam parte da interação social dos indivíduos, dentre elas podemos citar, a utilização de bebidas fermentadas (álcool) por indígenas em rituais ou festividades, os egípcios se utilizavam de vinho ou cerveja com cunho curativo, árabes e gregos usavam o ópio com fins medicinais. Algumas dessas tradições foram mantidas ao longo dos anos, como o uso de vinho por religiosos de grupos católicos, candomblé, judaísmo e protestantismo, entretanto, outras formas foram extinguidas pelas mudanças socioeconômicas advindas do modo de produção ao qual nos enquadramos, o capitalismo. (BUCHER, 1992).

Sabemos que o uso de drogas começou a ser vinculado a um problema social, a partir da fase industrial do capitalismo. Fase que foi marcada pela produção em larga escala, que por consequência gerou, intensificação das jornadas de trabalho e desgaste do trabalhador, que procurou um refúgio, nas sensações de prazer oferecidas pelo uso de entorpecentes.

O capitalismo viveu pelo menos três fases; o Comercial ou Pré-Capitalismo, Industrial e, por fim, o Capitalismo Monopolista-Financeiro. E, foi durante a fase industrial, que a teoria mecanicista tomou forma e o homem passou a ser visto como máquina. Graças a esse modelo, em que o homem era visto como “corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina”, é que o modelo biomédico focou-se na ideia saúde-doença, na explicação da doença e tratamento de diversas partes do corpo, onde a saúde tem um funcionamento mecânico. (Barros, 2002). Assim, a citação abaixo deixa claro que foi no período industrial que a concepção das drogas adquiriram o cunho de “problema social”, muito referido ao processo desgastante de trabalho.

Foi somente no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização e com implantação de uma nova ordem médica, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados. Assim, seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente. (MACRAE, 2007).

No campo profissional/social a discussão de saúde-doença se dá pelos autores Laurell e Noriega, 1989, que trazem o adoecimento como fator da exploração da classe trabalhadora, tão citada por Marx, que foi o precursor do debate tão contemporâneo do capitalismo. (OLIVEIRA, 2001)

Para que se compreendam as características que assume o processo de trabalho no capitalismo, tem-se que lembrar que sua finalidade é a extração da mais-valia. É preciso, pois, remeter ao conceito de processo de produção, com suas duas facetas: o processo de valorização (de produção de mais-valia) e o processo de trabalho (de produção de bens). (Laurell & Noriega, 1989: 105)

A partir deste cenário em que a doença deixou de ser mística e passou a ser vinculada ao lado social, influenciado pelo modo de produção capitalista, é que se começou a compreender as enfermidades ocasionadas principalmente pela intensificação do trabalho e das precárias condições de vida da população, como é o caso da tuberculose, sífilis, loucura e uso de drogas. Sendo assim, uso de drogas, seja nesse século ou nos anteriores, estava e está relacionado à fuga das condições difíceis de vida, obtendo a partir do século XVIII, a concepção clara de que se trata de uma doença.

Na verdade, a ideia de que o uso de drogas refere-se à doença está coligada a políticas como o proibicionismo, *“que é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização”* (ESCOHOTADO, apud RODRIGUES, 2008). Isto foi uma das maneiras de governos do século passado evitarem o uso mais evidente de álcool e outras drogas e que atualmente se apresenta de forma velada, em programas, planos e projetos governamentais.

Em contrapartida num contexto europeu, começou a surgir no século XX um movimento contrário ao proibicionismo, que tinha como ideal a Redução de Danos, visando que cada indivíduo tem uma relação singular com as substâncias e por isso deve ser elaborada uma estratégia específica de acordo com o mesmo, sendo uma oposição a visão segregadora e excludente, que se dá no proibir e não no compreender e que leva ao uso abusivo e conseqüentemente a um possível tratamento.

Redução de Danos (RD) constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não só parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas também formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. (Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*, promovido pela SENAD em 2011.)

2.1. Uso, Abuso e Dependência

Quando se pensa em doença, logo associamos elementos como cura, melhora de condições ou reabilitação, mas para se chegar a estes se faz necessário esmiuçados. A partir do momento em que o uso das substâncias psicoativas começaram a ser vistas como doença precisamos melhor situá-los no tempo e espaço. Existem inúmeras maneiras para se definir o uso de drogas segundo a Organização das Nações Unidas (ONU): (CEBRID, 2003)

- Uso experimental: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;
- Uso recreacional: utiliza uma ou várias substâncias quando disponível ou em ambiente favorável, sem ruptura das relações afetivas, sociais ou profissionais;
- Uso habitual: faz uso frequente, ainda controlado, mas já se observam rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;
- Uso abusivo ou dependência: o usuário vive pela droga e para a droga, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento

O quadro abaixo pode elucidar bem a questão do uso e abuso de drogas de acordo com o *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)** e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)***:

DSM-IV	CID-10
ABUSO	USO NOCIVO
<p>Um ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencherem critérios para dependência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. • Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo físico. • Problemas legais recorrentes relacionados à substância. • Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. 	<p>Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. A natureza do dano é claramente identificável.</p> <p>O padrão de uso tem persistido por, pelo menos, um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses.</p> <p>Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</p>

* CID-10 utiliza o termo “uso nocivo”, referindo-se ao uso de drogas que resulta em dano físico ou mental.

**DSM emprega o termo “abuso”, o qual engloba também as consequências sociais.

Neste quadro se compara os critérios de dependência de acordo com a DSM e a CID-10, onde ambos identificam a forma de uso no período de 12 meses, onde o usuário pode ser definido como dependente das substâncias psicoativas se encaixar em características como, o aumento diário das substâncias e a tolerância a seus efeitos.

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> a. necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; b. acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> a. síndrome de abstinência característica para a substância; b. a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância. 2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso. 3. Estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou de outra similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para se obter o efeito desejado, ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo, por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos. 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou se espera que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

3.2 Dados epidemiológicos

Os Dados epidemiológicos surgem a fim de diagnosticar o uso na população e implementar programas para ela. Este tipo de estudo para ser produzido ainda é composto por dados diretos do consumo, que são os levantamentos epidemiológicos, e os indiretos que são indicadores epidemiológicos. Os dados presentes no quadro abaixo saíram do Relatório Brasileiro de Drogas, 2009. Ele se refere aos Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, ocorridos em 2001 e 2005. O quadro descreve a prevalência de uso de drogas psicotrópicas no decorrer da vida, e revela uma tendência ao uso de álcool e tabaco, que são caracterizadas como lícitas. Mesmo assim, o uso de outras substâncias psicoativas ocupam em torno de 20 % do uso na vida, sendo um dado bem significativo.

Droga	Prevalência de uso (%)			
	2001 ¹	2005		
		Na vida	Na vida	No ano
Álcool	68,7	74,6	49,8	38,3
Tabaco	41,1	44,0	19,2	18,4
Maconha	6,9	8,8	2,6	1,9
Solventes	5,8	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,3	4,1	3,8	0,1
Cocaína	2,3	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	2,0	1,9	0,4	0,2
Estimulantes	1,5	3,2	0,7	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,2	0,1
Esteroides	0,3	0,9	0,2	0,1
Opiáceos	1,4	1,3	0,5	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,3	0,2
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1
Merla	0,2	0,2	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19,4	22,8	10,3	4,5

Contudo, mesmo com tantos elementos relacionados às drogas uma grande dificuldade encontrada são os dados do gênero feminino. Com isso a tabela abaixo do Relatório Brasileiro de Drogas, constata que os homens usam mais que as mulheres, entretanto quando comparamos os dados entre 2001 e 2005, observamos um aumento global do uso de algumas substâncias pelo sexo feminino, por exemplo, maconha e cocaína.

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	10,6	3,4	6,9	14,3	5,1	8,8
Solventes	8,1	3,6	5,8	10,3	3,3	6,1
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	3,4	6,9	5,6
Orexígenos	3,2	5,3	4,3	2,5	5,1	4,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	5,4	1,2	2,9
Xaropes (codeína)	1,5	2,4	2,0	1,7	1,9	1,9
Estimulantes	0,8	2,2	1,5	1,1	4,5	3,2
Barbitúricos	0,3	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7
Esteroides	0,6	0,1	0,3	2,1	0,1	0,9
Opiáceos	1,1	1,6	1,4	0,9	1,6	1,3
Anticolinérgicos	1,1	1,0	1,1	0,9	0,3	0,5
Alucinógenos	0,9	0,4	0,6	1,8	0,6	1,1
Crack	0,7	0,2	0,4	1,5	0,2	0,7
Merla	0,3	0,1	0,2	0,6	0,0	0,2
Heroína	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Porém as pesquisas na área ainda não captam o que interfere na demanda por cuidados pelas mulheres, e mais de que maneira se pode qualificar as pesquisas ao ponto de atender esta questão.

Acreditamos que uma das maiores dificuldades de elaborar este capítulo se deu na pouca produção teórica do tema, um dos poucos artigos que cita a problemática é o **Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil** (CAMPOS, 2010). Ele aborda o uso de drogas por mulheres como tema de difícil abordagem, pois as questões que as cercam estão rodeadas de estigmas e preconceitos. Para a elaboração desta pesquisa, ouviram-se três mulheres que frequentavam o grupo de psicoterapia, porém duas delas que se recusaram relatar seu uso de álcool, isso afirma o que foi se desenvolvendo no decorrer deste trabalho.

Outro artigo de relevância para a elaboração deste capítulo foi (OLIVEIRA e PAIVA, 2007). Este se atenta a vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas à infecção pelo HIV/AIDS, sendo assim, relembra a discussão sobre saúde e doença, também citada neste trabalho. Tomando como perspectiva que o uso de drogas e as relações sexuais que estas mulheres realizam ampliam sua vulnerabilidade.

A análise apontou condutas relacionadas às práticas sexuais e ao uso de drogas, interligadas e norteadas por construções sócio-culturais que ampliam a vulnerabilidade das usuárias à infecção pelo HIV. (OLIVEIRA E PAIVA, 2007)

Nele, vemos que essas construções sócio culturais que ampliam a vulnerabilidade estão referidas a três aspectos: individual, social e programático, que foram a base para a elaboração da pesquisa. Que tem como parâmetro a compreensão de vulnerabilidade como processo de exclusão social, aqui deixamos claro, que não nos baseamos nesta terminologia, pois acreditamos que todos estão inseridos nesta sociedade, mesmo que a margem dela.

A análise da vulnerabilidade tem como propósito particularizar as diferentes situações de indivíduos e/ou grupos para um determinado agravo, baseando-se em três planos analíticos: individual, social e programático. (OLIVEIRA E PAIVA, 2007)

Desta forma, podemos dizer que a escassez de produção teórica da temática demonstra que o viés de gênero relacionado as drogas ainda não está sendo de interesse. O que acarreta na continuidade dos estigmas referido as mulheres. Acreditamos que a citação a seguir descreve bem esta situação de preconceito que as mulheres sofrem e o clivo dos juízos de valor, que ainda embasa nossa sociedade.

“...historicamente as mulheres sempre foram mais criticadas do que os homens por usarem álcool e outras drogas, sendo acusadas ainda atualmente de se tornarem agressivas e sexualmente promíscuas quando intoxicadas. A consequência deste preconceito é um movimento de rejeição e exclusão social mais marcante em relação a mulher, que vive simultaneamente ao desenvolvimento de sua dependência o rompimento de laços afetivos e familiares. De certa forma, pode-se dizer que a mulher se afasta do outro e se culpa por seu comportamento, na mesma intensidade que é culpada e afastada pela sociedade”. (BAPTISTA, 2003)

Com esta citação podemos finalizar este capítulo e dar início ao próximo, que se baseia na Instituição, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e nas entrevistas aos profissionais. Cujos elementos descritos serão retomados no decorrer das entrevistas que se apresentam no último capítulo deste trabalho

3. CAPÍTULO III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e

Entrevistas

3.1.O CAPSad e a construção de políticas voltadas para o cuidado

Para encerrar a discussão iniciada neste trabalho, se descreve o local que recebe as pessoas afligidas pelo uso abusivo de drogas, neste caso o CAPSad, e como tem se dado a demanda por cuidados pelas mulheres que o buscam.

Ao citar o CAPSad temos que relembrar o histórico que levou a construção destes locais. Logo, começamos pela reforma psiquiátrica que foi um movimento ocorrido na década de 1970 que tinha por objetivo a luta pela dignidade dos direitos de pacientes psiquiátricos. Esta reforma passou por inúmeros conflitos, principalmente no que se referiu a desinstitucionalização do manicômio e a efetivação de uma lei. Outro elemento que se pode destacar é o dia da luta Antimaniconial, que é comemorado em 18 de maio buscando dar visibilidade aos usuários de saúde mental ainda tão estigmatizados pela nossa sociedade.

Para se chegar a uma Política de Saúde Mental é necessário a mobilização de trabalhadores da saúde, usuários e familiares, já que a Reforma Psiquiátrica sofre várias intervenções, principalmente ao que diz respeito à extinção de manicômios. Um exemplo deste contexto é a Lei 10.216, de Paulo Delgado, do ano de 2001, que demorou cerca de 12 anos para ser sancionada, porém trouxe novos rumos a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. [...]. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos. (Ministério da Saúde)

Ao se referir a uma unidade de saúde existe um desdobramento que se faz necessário que é a década de 1980, que traz avanços históricos na área da Saúde no país. A sua concepção ampliada da Constituição Federal de 1988 se integra a um tripé da seguridade social juntamente com previdência e assistência.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Constituição Federal, 1988).

Com a efetivação da Constituição Federal de 1988, a saúde do país adquiriu um novo conceito que fica bem explicitado no artigo 196 da mesma.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988).

Os avanços da CF 1988, entretanto, sofrem retração a partir da década de 1990 quando chegam ao país os efeitos da crise de 1970, constituindo-se a contrarreforma do Estado. Tem-se um emaranhado de fatos, que se iniciam na crise da década de 1970 que é uma crise cíclica do capital, onde os processos relativos à saída do Brasil da ditadura militar e do milagre econômico, estes são os determinantes para a crise das décadas de 1980 e 1990 no país, das quais a saída do Estado foi reduzir investimentos em políticas sociais. Com a minimização do Estado feita pela Constituição Federal de 88 a implementação do ideário neoliberal foi inevitável.

Assim na década de 1990, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por princípios Universalidade, Equidade e Integralidade, que já citado anteriormente, mais para além deles existem diretrizes como: Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social. Este conjunto de princípios e diretrizes faz com que o SUS seja considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, já que atende quase de 200 milhões de pessoas.

Em meio a estes parâmetros de saúde se realiza a criação destas unidades de saúde mais específicas da qual me aterei ao CAPSad Alameda, que segue as leis e diretrizes advindos do Ministério da Saúde.

O CAPSad Alameda tem por objetivo ser um dos órgãos reguladores e porta de entrada da rede assistencial que se responsabiliza pelo trabalho intersetorial na organização das demandas da rede da saúde mental e da atenção básica (PMF e Policlínicas) e da rede de instituições privadas de atenção à usuários de drogas, bem como com as Secretarias de Assistência Social, Educação e com os órgãos da

Justiça (Varas de Execuções Penais, Centrais de Penas e Medidas Alternativas e Promotorias).

Ele atua desenvolvendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade niteroense. Seus objetivos são: a estratégia de redução de danos, o atendimento diário ao usuário; utilização das diferentes modalidades (intensivo; semi-intensivo e não-intensivo) podendo-se considerar um atendimento personalizado; contar com uma estrutura adequada para o repouso e desintoxicação leve; acolhe aos familiares dos usuários; desenvolvendo projetos que visem a inclusão social dos usuários que articula diferentes recursos intersetoriais; junto com os usuários e seus familiares a avaliar os fatores de proteção, assim como, os fatores de risco no caso do uso e dependência de substância psicoativas que podem prejudicar ou não, o tratamento e por fim, promover atividades de base preventiva que diminuam o estigma e o preconceito em relação a estes usuários.

A unidade de Saúde é constituída por uma equipe multidisciplinar, que tem como direção construir projetos terapêuticos individuais produzidos pelos técnicos de referência. Essa construção leva em consideração o momento e a direção clínica de cada caso. Desta forma, as marcações de atendimentos especializados com médicos, psicoterapeutas e de orientação serão realizadas conforme o que se apresenta como necessidade.

A realização desta pesquisa trará na Instituição uma visibilidade aos temas propostas (gênero e seus desdobramentos na demanda ao serviço de saúde), que ainda são pouco debatidos pela equipe multidisciplinar. Desta forma, a pesquisa se dará entre os profissionais, os quais poderão suscitar novos objetivos para alcançar o aumento por cuidados do gênero discutido.

3.2. Entrevistas

Para a elaboração deste trabalho acadêmico, se utilizou como instrumento entrevistas, composta por um roteiro de perguntas anteriormente elaboradas de forma qualitativa, que segundo Minayo (1999) esta abordagem tem como preocupação a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Estas entrevistas se deram com 5 profissionais do serviço, afim de compor a visão desta equipe em relação a temática. Para assegurar o sigilo dos dados coletados, até a identidade dos profissionais, formulou-se um Termo de Consentimento livre e esclarecido que é uma forma preservar as informações obtidas, e melhor apresentá-las aqui.

Assim, a análise das entrevistas permitiu a identificação dos seguintes temas:

- **A ausência da discussão de gênero na equipe**

Através de um trabalho multidisciplinar a equipe ainda esta pouco implicada com a demanda do sexo feminino e toda a discussão a cerca do tema. Dentre os entrevistados, apenas um profissional trouxe esta questão, sendo assim, num espaço para tratamento ainda falta um pouco de demanda profissional pelo tema. Tendo em vista que a equipe se encontra semanalmente para discutir os casos e as questões relacionadas ao gênero, não são trazidas como fator preocupante.

“A equipe não tem discutido o tema, mas o por quê e como modificar isso tem que acontecer. Espero estar aqui para isso” (A., psiquiatra, 39 anos)

- **Dificuldades no acolhimento as mulheres**

Sabemos de acordo com os dados dos relatórios e pesquisas que as mulheres utilizam menos drogas que os homens, porém as que procuram o tratamento ainda não estão se sentindo inseridas no espaço destinado ao tratamento. Mesmo que a maioria da equipe seja composta pelo gênero feminino, ao entrar no serviço as usuárias encontram um espaço sóbrio e com muitos homens se tratando, o que acaba interferindo na continuidade do tratamento.

“O aspecto do CAPS precisa ser modificado para o melhor acolhimento dessas mulheres que chegam ao serviço até porque a forma que esta, até para nós profissionais que na maioria somos mulheres, não é agradável imagina na procura por tratamento” (M., assistente social, 56 anos)

Desta forma, cabe à equipe repensar elementos para o trabalho com as usuárias que procuram o serviço, porém não para manter o que tem ocorrido, que é o tratamento de forma errante, mas para se utiliza diariamente do CAPSad como tem se dado no sexo masculino. A mudança da visão da equipe para a temática traz benefícios para o trabalho da rede de saúde de maneira geral, pois sendo o referencial para tal se pode melhorar ainda mais a qualidade do serviço.

O que os profissionais trazem como sugestão para melhor inserção do tema é a elaboração de oficinas que tragam as mulheres para o CAPSad, a partir disto as que se encontram na situação de uso ou abuso de drogas, se sintam tão inseridas ao espaço que busquem dar continuidade ao tratamento perpassando as questões que lhe são anteriores.

- **Diferenças quanto ao uso**

A literatura aqui apresentada afirma que homens utilizam mais drogas que as mulheres, porém a experiência de cada profissional evidencia em que locais se pode encontrar uma expressiva representação feminina, pelo menos em sua opinião.

“Trabalho no consultório na rua, e lá nas cracolândias ouso dizer que tem uma boa expressão de mulheres em relação aos homens, pois lá a visão moralista já ultrapassou os desejos daquela mulher pela drogas.” (J., psicóloga, 35 anos)

Com este relato, se confirma que o uso de drogas por mulheres ainda esta muito referido a visão moralista em que a sociedade atribuí as relações entre homens e mulheres, o que se pode ouvir dos profissionais foi a referência ao papel social. Que neste trabalho descrevemos com situações rotineiras, como cuidar dos filhos. É de responsabilidade de pai e mãe, não somente da mulher como nos foi introduzido socialmente.

“Pra mim, o que determina a diferença de uso entre eles é o papel social, se todos os profissionais tivessem dimensão disto, com certeza modificaríamos o trabalho em relação as mulheres”. (A., psiquiatra, 39 anos)

Assim, com espaços como o CAPSad, os profissionais percebem que as mulheres são tomadas de vergonha, primeiro porque não conseguem admitir seu uso, depois que elas quando vão realizar suas falas, são tomadas por questões sentimentais. O que dificulta com que separem o que podem falar num grupo ou individualmente. (BAPTISTA, 2003)

“O que traz as mulheres ao tratamento são os problemas sentimentais, e são eles que as afastam de dar continuidade, pois elas logo percebem que se expuseram demais nos grupos”. (M., assistente social, 56 anos)

A demanda por tratamento das mulheres é demarcada por questões sentimentais, pois as mulheres se culpabilizam e é como se não tivessem direito ao tratamento. (BAPTISTA, 2003). Assim, vê-se nas instituições como o CAPSad, que a adesão por mulheres é muito inferior ao sexo masculino, e que a chegada delas, se atribui a mulheres mais novas, principalmente usando álcool. Trazendo como grande preocupação a maternidade, melhor dizendo, elas tem receio se estarão aptas a serem boas mães e se perderam seus filhos caso continuem o tratamento.

Assim, os profissionais tem dificuldade em trabalhar a temática, porque a procura tem se dado de maneira insignificante por este gênero, e também vem tomada de questões históricas que as mesmas não tem noção de serem influenciadas, como discriminação e constrangimento. O que claramente impossibilita o tratamento e a ampliação dele.

“As barreiras estão no debate social e moral, e por aí vai...rede familiar ou rede de instituições, quem disse que mãe tem que ser abstinente?” (A., psiquiatra, 39 anos)

- **Novas estratégias ou sugestões para a temática**

Uma das tentativas da elaboração deste trabalho é uma nova percepção dos profissionais, diante dos fatores que levam as mulheres a usar drogas e não darem continuidade ao tratamento. Assim nas entrevistas pudemos adquirir pelo menos duas sugestões para a temática. A primeira:

“Nossa, o que posso contribuir é com a volta do grupo de mulheres, com um novo enfoque. Além claro, de mobilizar os outros dispositivos da rede como: CRAS, PMF, Conselhos Tutelares. Assim, melhoráramos a rede de chegada e até de permanência delas”. (A., psiquiatra, 39 anos)

Esta citação traz como elemento um grupo de mulheres que ocorreu no CAPSad no ano de 2008, porém não durou muito tempo pela pouca demanda das mulheres. Assim, as que apareciam, vinham principalmente para trazer familiares ou amigos. A busca desta profissional foi repensar num grupo para mulheres, a partir da chegada, a equipe pode avaliar a influência na demanda entre elas e com o movimento no serviço, as usuárias se sintam atraídas pelo local, ao perceber uma inserção feminina.

Outro elemento que apareceu neste ponto da entrevista foi:

“Buscar a parceria com empresas que busquem a promoção e prevenção no mundo do trabalho, pois estas mulheres precisam ver mais este tema também, assim como nós profissionais.” (M., assistente social, 56 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por intuito trazer a discussão do uso de drogas por mulheres no CAPSad, a partir da equipe multidisciplinar do local. Tendo em vista, a pouca percepção dos profissionais a temática e sugerindo uma nova maneira de olhar o tema que vai além dos dados estatísticos de Relatórios e sim da demanda e permanência das mesmas no tratamento.

No decorrer deste a questão que diferencia demanda e acesso foi abordada, tomando por entendimento que demanda vem do ato de buscar algo, enquanto acesso esta relacionado a entrada no serviço e sua continuidade ou não. Sendo assim, percebemos a pequena demanda das mulheres por tratamento, colocamos também em questão que a continuidade de um tratamento para elas se deve a elementos anteriores que estão dentro da construção e inserção social, a qual fazemos parte.

Aqui, não se pode deixar de citar a importância da Atenção Básica que se dá através do primeiro atendimento ambulatorial, porém é o conjunto com outros serviços que permitem a distribuição na atenção à saúde, já que de acordo com a complexidade se pode qualificar a permanência destas mulheres nos serviços.

Assim neste trabalho nos debruçamos em questões que se voltam a formulação do conceito de gênero que utilizamos e suas implicações na sociedade em geral, pois para que o mesmo ocorra faz-se necessário o entendimento do debate por inúmeras formações acadêmicas para a melhor ampliação do conceito. Em sequência se vê as drogas e sua relação com o gênero, onde o trabalho da

equipe multidisciplinar ainda precisa de muitas interferências para melhor acolher a temática.

É a partir deste fator que o trabalho foi criando forma, já que um ponto de grande relevância é a correlação entre o gênero e as drogas a partir do trabalho da equipe. A mesma ainda não está tão implicada com o mesmo, porém é uma busca que este auxilie na equipe, e não entre em um ou outro profissional isoladamente.

A também que se levar em consideração que as pesquisas e/ou estudos que englobem as mulheres usuárias de drogas precisam modificar seu enfoque tomando por base especificidades como causas psicológicas, biológicas e sociais de acordo com cada gênero. Estes elementos influenciariam na elaboração e planejamento de novas abordagens a partir dos profissionais de saúde, como afirma Mônica Levit Ziberman (IN: BAPTISTA, 2003).

Contudo, é preciso de uma conscientização das autoridades que comandam o país, para que este tema que engloba mulheres e drogas adquiram a abrangência necessária para que a capacitação de profissionais atendam as demandas apresentadas e busquem modificar as Políticas Sociais, principalmente no que se refere ao tratamento, se afastando de construções de machistas que colocam a mulher num lugar desfavorecido sobre o que diz respeito ao mesmo.

Este tema se inicia e encerra com a descriminalização das mulheres em relação ao uso, abuso e tratamento das drogas, pois muita mais que uma demanda apresentada, o acesso precisa colocá-la numa posição que a beneficie.

ANEXO

❖ ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS:

- 1- Você percebe diferenças entre homens e mulheres quanto ao uso de drogas?
- 2- Você percebe diferenças entre homens e mulheres quanto à demanda pelo CAPSad?
- 3- Considerando que a demanda de tratamento por mulheres é pequena, o que você acha que determina isso?
- 4- Você considera que a equipe multidisciplinar debate a temática da demanda gênero em suas reuniões?
- 5- Quais barreiras de acesso ao tratamento você considera inibir o gênero feminino?
- 6- Você tem sugestões para o trabalho desta temática?



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais)

Objetivo

Você está sendo convidado (a) para participar de pesquisa cujo principal objetivo é conhecer o que os profissionais das áreas de saúde e assistência tem a dizer sobre o uso de drogas entre mulheres.

Procedimentos

Serão realizadas entrevistas com diferentes profissionais que lidam com usuários de drogas, a fim de conhecer o que eles pensam sobre o uso de drogas entre mulheres.

Riscos, desconfortos e inconveniências

O participante da pesquisa não está exposto a nenhum o risco ou desconforto físico. Algum desconforto pode ser decorrente de alguma pergunta que toque em algum ponto particularmente sensível para o entrevistado. Por isso, a qualquer momento da entrevista serão respeitados os limites do entrevistado na sua abordagem de qualquer tema. Além disso, as informações prestadas serão mantidas sob o sigilo pela equipe de pesquisa, o que protegerá a identidade do entrevistado.

Benefícios

Os resultados da pesquisa serão devolvidos a cada instituição onde estão sendo recrutados os entrevistados nesta pesquisa e poderão ser utilizadas como subsídios na definição de novas ações dentro do seu escopo de intervenção.

Acompanhamento e assistência

Os participantes terão direito a informações sobre a pesquisa a qualquer momento, através de contatos individuais ou reuniões institucionais para esclarecimentos em torno da pesquisa e discussão sobre o seu andamento e sobre os seus resultados parciais e finais.

Privacidade e confidencialidade

A identidade de cada entrevistado será mantida sob sigilo em todas as fases da pesquisa.

Contato

Se surgir alguma dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Erimaldo Nicacio, professor da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Av. Pasteur, 250, fundos - sala 35.

Telefones: 9602-9642 / 3873-5376

E-mail: erimaldo.nicaico@ess.ufrj.br

Outras informações

- Você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum problema;
- Os resultados do estudo estarão disponíveis por ocasião da conclusão do relatório final da pesquisa.

Eu fui informado (a) do objetivo desta pesquisa, bem como dos seus procedimentos, benefícios, riscos e desconfortos. Eu aceito conceder a entrevista solicitada, entendendo que minha participação é voluntária, que eu sou livre para retirar este consentimento no momento em que eu desejar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Nome do participante

Nome do entrevistador

Assinatura

Assinatura

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURÉLIO, **Dicionário de Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Genero.html>>. Acesso em: 25 Ago 2014.

BRASÍLIA, **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**, 2004.

BAPTISTA, M., CRUZ, M.S., MATIAS, R. **Drogas e pós modernidade** – Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003 2v.

BARROS, J. A. C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul.2002. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf> Acessado em: 17 Jan 2015.

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

CAMPOS, Edemilson Antunes de.; REIS, Jéssica Gallante. **Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil**. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0710.pdf> >. Acesso em: 19 Mai 2014.

CEBRID, **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005**. Disponível em: < <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>> Acesso em: 19 Mai 2014.

CENTRO Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2003. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: 20 mar. 2015

Constituição da República Federativa do Brasil 1988, 20 ed. Atual- São Paulo: Saraiva, 1988.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei nº 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-21, 2011.

ESCOHOTADO, A. Las Drogas. De lós Orígenes a La prohibición. Madri: Alianza Editorial, 1994.

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M., 1989. Para o Estudo da Saúde na sua relação com o processo de trabalho. In: **Processo de Produção e Saúde.** Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec. Acessado em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes_print&id=00005100&lng=pt&nrm=iso>. Disponível em: 5 Fev 2015.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. **Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos**, 2007. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acessado em: 17 Jan 2015.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. Drogas: subsídios para uma discussão. 4. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1996.

MOURÃO, Eduardo. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3ª ed. Ampliada. São Paulo, Cortez: 2001.

OLIVEIRA, Jeane; PAIVA, Mirian. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400011&lang=pt> Acessado em: 20 Mar 2015.

OLIVEIRA, P. **A cultura machista e o papel social da mulher**. Disponível em: <<http://causasperdidas.literatortura.com/2013/08/01/a-cultura-machista-e-o-papel-social-da-mulher/>> Acessado em: 17 Mar 2015.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143 p. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005104&lng=pt&nrm=iso> Acessado em: 17 Jan 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID- 10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID- 10 – Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

PISCITELLI, Adriana. **Gênero: a história de um conceito**. In: Almeida, H. B. & Szwako, J. (orgs) *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlindas & Vertecchia, 2009, col. Sociedade em Foco.

RODRIGUES, Thiago. **Tráfico, Guerra, Proibição**. In: Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.

SENAD, **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 19 Mai 2014.

SENKEVICS, A. **Críticas ao conceito de patriarcado do feminismo radical**, 2012. Disponível: <https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/02/25/criticas-ao-conceito-de-patriarcado-do-feminismo-radical/> Acessado em: 17 Mar 2015.

SCOTT, Joan – **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. *Educação e Realidade*: Porto Alegre. 16(2), jul-dez. 1990, pp. 5-22.

ZILBERMAN, M.L. **Uso de drogas entre mulheres**, In: Drogas e pós modernidade, 2003.