



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO**

**HELDER DE PÁDUA LIMA**

**MULHER DROGADITA ASSISTIDA NO SERVIÇO ESPECIALIZADO:  
INTERFACE ENTRE GÊNERO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2014**

HELDER DE PÁDUA LIMA

MULHER DROGADITA ASSISTIDA NO SERVIÇO ESPECIALIZADO:  
INTERFACE ENTRE GÊNERO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Violante Augusta Batista Braga.

Co-Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza.

FORTALEZA - CE

MARÇO - 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- L696m Lima, Helder de Pádua.  
Mulher drogadita assistida no serviço especializado : interface entre gênero e integralidade da assistência em saúde / Helder de Pádua Lima. – 2014.  
112 f. : il., enc. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga.  
Co-orientação: Profa. Dra. Ângela Maria Alves e Souza.
1. Saúde Mental. 2. Usuários de Drogas. 3. Gênero e Saúde. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Enfermagem. I. Título.

## HELDER DE PÁDUA LIMA

### MULHER DROGADITA ASSISTIDA NO SERVIÇO ESPECIALIZADO: INTERFACE ENTRE GÊNERO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde

Aprovada em: 18/03/2014.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Violante Augusta Batista Braga (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Nazaré de Oliveira Fraga (1<sup>o</sup> Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Dalva Santos Alves (2<sup>o</sup> Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Kaelly Virgínia de Oliveira Saraiva (3<sup>o</sup> Membro)  
Faculdade Terra Nordeste - FATENE

---

Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo (4<sup>o</sup> Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este estudo às mulheres dependentes de drogas psicoativas que necessitam de ações concretas de cuidado em saúde.

## AGRADECIMENTOS

Às mulheres que fizeram parte do estudo, pela confiança e partilha de suas experiências de vida. Aos profissionais do serviço de saúde, no qual desenvolveu-se a pesquisa, que oportunizaram a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que contribuiu financeiramente para a realização deste estudo através da concessão de bolsa de pesquisa científica.

Às amigas Klívia Saraiva, Kelva Saraiva, Aline Mesquita, Sarah Lima Verde e Flavia Milene pelo amor incondicional.

Ao querido Daniel Mendes pelo apoio e força.

Às amigas de doutorado Ísis Aguiar, Jennara Cândido e Anny Giselly por compartilharem sua sabedoria comigo nesta experiência ímpar.

Aos familiares – pais, tios, irmãos e sobrinhos – pela educação proporcionada e pelo incentivo à concretização deste ciclo.

À minha primeira orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Zélia Maria do Sousa Araújo Santos que, durante a graduação em Enfermagem e processo de iniciação científica na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), mostrou como o conhecimento e a educação contribuem para a transformação social.

À minha orientadora de mestrado e doutorado – e inspiração em prática em saúde mental -, Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Violante Augusta Batista Braga, pela acolhida, partilha de experiências, oportunidade de crescimento e, acima de tudo, pelo cuidado e carinho.

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ângela Maria Alves e Souza, pelo carinho e norteamento teórico e prático com grupos.

Às professoras Nazaré Fraga, Lucélia Farias e Fátima Sales pelos ensinamentos de vida e específicos no cuidado de enfermagem em saúde mental.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS) da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelas experiências singulares de ensino e aprendizagem.

Aos demais professores e profissionais que compõem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC pela terem me conduzido à conclusão desta etapa.

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A presente Tese faz parte da produção teórica e científica do Grupo Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS) e encontra-se inserida na Linha de Pesquisa 'Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde' do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.



## RESUMO

O estudo objetivou analisar a assistência prestada à mulher dependente química no serviço especializado na perspectiva de gênero e integralidade da assistência. Defende-se a seguinte tese: gênero repercute na acessibilidade da mulher ao tratamento da dependência química interferindo no princípio da integralidade da assistência. Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa realizada no CAPSad, pertencente à Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza – CE. Participaram da pesquisa dezessete mulheres que realizavam tratamento para o abusivo de drogas. O número de participantes foi definido intencionalmente, conforme critério de satisfação dos dados. A produção dos dados transcorreu durante cinco meses – de julho a novembro de 2013 - por meio de observação estruturada e não participante da dinâmica do serviço, entrevista estruturada e semidirigida, e grupo operativo. Seguiu-se o modelo de tratamento e apresentação dos dados indicados por Turato para pesquisa clínico-qualitativa, a saber: preparação inicial do material; pré-análise; elaboração de categorias e subcategorias temáticas alusivas à interseção das perspectivas da *integralidade* e *gênero* no cuidado à saúde das mulheres. Para proceder à interpretação dos achados à luz da perspectiva da integralidade foram utilizados os seguintes constructos conceituais: conceito ampliado de saúde, regionalização e hierarquização, insumos, recursos humanos e financeiros em saúde, interdisciplinaridade, recursos terapêuticos, gestão com participação da população e dos trabalhadores, acessibilidade, acolhimento, intersetorialidade, supervisão clínica e adscrição da clientela. Para interpretação dos achados sob a ótica de gênero, adotou-se a compreensão de autores como Scott e Butler que consideram o impacto desta categoria nos modos de viver o corpo e a repercussão no processo saúde-doença. Assim sendo, entende-se por gênero as diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres e o modo como se produzem essas diferenças como desigualdades de poder. A apresentação final dos resultados foi elaborada de forma descritiva, com citações ilustrativas de recortes dos discursos registrados na entrevista e exposição de imagens das produções artísticas elaboradas no grupo operativo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC. Os resultados evidenciam que a assistência ofertada, ainda, é fortemente marcada pelo paradigma biomédico e os recursos terapêuticos ofertados no serviço restringiam-se a: atendimento individual (prescrição de medicamentos); atendimento em grupo (grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e expressivas) e atendimento para a família. Os profissionais centralizavam suas atividades no serviço; não realizavam atividades comunitárias, reuniões de equipe, assembleias, visitas domiciliares; não desenvolviam atividades interdisciplinares e intersetoriais. As mulheres apresentavam dificuldades relacionadas a gênero no acesso aos serviços de saúde, e na realização do tratamento para a dependência química, em virtude, principalmente, da vulnerabilidade social e peculiaridades clínicas. Constatou-se que a atenção recebida pelas mulheres dependentes químicas na perspectiva do princípio da integralidade do SUS e dos preceitos da Reforma Psiquiátrica mostrou-se como uma realidade distante da observada e apreendida neste estudo.

**Descritores:** saúde mental, usuários de drogas, gênero e saúde, políticas públicas de saúde, enfermagem.

## ABSTRACT

The current study aimed to analyze the assistance provided to drug dependent women in specialized services according to the perspective of gender and health care comprehensiveness. It defends the following thesis: gender affects women accessibility to chemical dependency treatment, thus interfering with the principle of comprehensive care. This is a clinical qualitative research conducted in CAPSad, which belongs to the Third Regional Executive Secretariat in Fortaleza County - CE. Seventeen women who were undergoing treatment for psychoactive drugs abuse participated in the experiment. The number of participants was intentionally set, according to the data satisfaction criteria. It took five months to gather the data - from July to November 2013. They were collected by means of structured and non-participatory observations of the service dynamics, structured and semi-structured interviews, and operating groups. The study followed the data treatment and presentation model indicated by Turato for clinical and qualitative researches, namely: initial preparation of the material; pre-analysis; preparation of thematic categories and subcategories alluding to the intersection of *comprehensiveness* and *gender* perspectives in women health care. The following conceptual constructs were used in order to interpret the findings from the perspective of comprehensiveness: expanded concept of health, regionalization and hierarchicalization, inputs, human and financial resources for health, interdisciplinarity, therapeutic resources, management with participation of the public and workers, accessibility, welcoming, intersectionality, clinical supervision and clientele ascription. Authors such as Scott and Butler were adopted by the current study in order to interpret the findings from the perspective of gender, since such authors succinctly take under consideration the impact of this category on the different ways of living the body and its impact on the health-disease process. Thus, gender is understood as the social and cultural differences between men and women and the way these differences lead to power inequalities. The final presentation of the results was prepared in a descriptive way, by means of illustrative quotations of clippings from the speeches recorded during the interview, and by display of images from artistic productions developed in the operative group. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará - UFC. The results show that the provided assistance is still strongly marked by the biomedical paradigm and that the therapeutic resources offered by the service were restricted to individual care (prescription of drugs); group care (therapeutic groups, therapeutic and expressive workshops); and care for the family. Professionals focused their activities on the service; they did not engage in community activities, staff meetings, general meetings, home visits; and did not develop preventive, interdisciplinary and intersectoral activities. The women had gender-related difficulties in accessing health services (CAPSad and less or more complex units), and in getting chemical dependency treatment, due mainly to social vulnerability and clinical peculiarities. It was found that, in the light of SUS's principle of comprehensive care and of the Psychiatric Reform precepts, the care provided to chemically dependent women proved to be a distant reality from that observed and perceived in the current study.

**Descriptors:** mental health, drug users, gender and health, health public policy, nursing.

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo general analizar la asistencia integral prestada a la mujer farmacodependiente en el servicio especializado en la perspectiva del género e integralidad. Se buscó caracterizar el perfil sociodemográfico, del uso de sustancias psicoactivas y la trayectoria de busca de ayuda de las participantes para lidiar con el abuso de las drogas; conocer el proceso de trabajo desarrollado por el equipo junto a esta clientela; identificar en el discurso de la usuaria, elementos indicativos de la asistencia recibida y discutir lo que fue encontrado en la perspectiva del género e integralidad de la asistencia. Se trata de un análisis clínico-cualitativo, realizado en un CAPSad localizado en Fortaleza - CE, con diez y siete mujeres que estaban siendo acompañadas por un periodo mínimo de un mes. Fueron utilizadas varias estrategias en la búsqueda lo mismo total que parcial de la aprehensión, de una existencia rica en vivencias generadoras de sufrimiento, exclusiones y estigmatización, entre otras respuestas, muchas veces muy serias o graves por falta de asistencia en la red de atención en salud. El proceso de obtención de datos entregados transcurrió, durante un periodo de cinco meses, por medio de tres técnicas: observación estructurada y no participante en la dinámica estructurada del servicio; entrevistas semidirigidas utilizando una modalidad que abordaba aspectos relativos a la caracterización socio demográfica y clínica, trayectoria del uso de drogas psicoactivas, tipos de ayuda buscada, y cuestiones indicadoras en servicio de salud especializado que permitirían la percepción de la mujer asistida como usuaria de drogas; un grupo operativo, con seis de diez y siete participantes. Los resultados fueron organizados en cuatro categorías de análisis y presentados de forma descriptiva, con citas ilustrativas de recortes de las declaraciones o charlas de las mujeres y exposición de fotos, siguiéndose la discusión basada en las construcciones establecidos en la fundamentación teórica, género, accesibilidad y integralidad en la asistencia de salud mental. Los resultados sugieren que el escenario de estudio presentaba elementos latentes que podrían aproximar o no a la mujer al CAPSad e interferir en la integración asistencial. El contexto en el cual las participantes se encontraban se reveló hostil para el acceso al tratamiento de la farmacodependencia debido a la falta de apoyo psicológico, amparo legal, desempleo, dependencia financiera, déficit en asistencia salud y estigma social. Los relatos muestran que el tratamiento en el CAPSad puede promover abstinencia, reducción del consumo de drogas, regresar a la convivencia familiar y retoma de las actividades de la vida diaria. A pesar de la búsqueda de las mujeres por el acompañamiento en el servicio se observó carencia de una mirada direccionada a la singularidad femenina; el fuerte vínculo emocional que la mujer mantiene con la sustancia farmacodependiente de abuso se refleja en la capacidad de superar la enfermedad, en la procura por ayuda y la adhesión al tratamiento. Las participantes utilizaron varios servicios de atención a la salud y los métodos de los medios de apoyo, pero, no todos los cuidados recibidos se adecuaban a la demanda presentada o no consiguieron impacto positivo en la salud y en la calidad de vida. Las cuestiones del género influyen en la accesibilidad de la mujer al servicio de salud especializado en tratamiento de la farmacodependencia, interfiriendo en la integralidad de la asistencia.

**Descriptor:** Salud Mental. Consumidores De Drogas. Género Y Salud. Políticas Públicas De Salud. Enfermería.

## SUMÁRIO

1.		1
INTRODUÇÃO.....		0
2.	<b>OBJETIVOS DO</b>	1
ESTUDO.....		4
2.1		1
Geral.....		4
2.2		1
Específicos.....		4
3.	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>	1
TEÓRICA.....		5
3.1 - Consumo de drogas no Brasil com foco na mulher.....		1 5
3.2 - Substâncias psicoativas e padrões de uso.....		1 9
3.3 - Políticas Nacionais de Saúde: interfaces entre promoção da saúde, gênero e saúde mental.....		2 1
3.4 Operacionalização do conceito de integralidade no SUS.....		2 5
3.5 - A perspectiva de gênero.....		2 8
4. PERCURSO		3
METODOLÓGICO.....		1
4.1 - Tipo de estudo.....		3 1
4.2 - Local ( <i>setting</i> ) do estudo.....		3 1
4.3 - Participantes da pesquisa.....		3 3
4.4 - Instrumentos e técnicas de produção de dados.....		3 3
4.5 – Análise e discussão.....		3 8

4.6 - Aspectos éticos.....	4
5. RESULTADOS	4
DISCUSSÃO.....	1
5.1 - Cenário do estudo: observação da dinâmica do serviço.....	4
5.1.1 - Estrutura física do CAPSad e equipe técnica.....	4
5.1.2 - Dinâmica de atendimento.....	6
5.2 - As participantes do estudo e suas histórias: a título de apresentação.....	5
...	5
5.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica.....	5
5.2.2 Um breve histórico de vida das mulheres.....	6
5.3 A vivência de ser mulher e drogadita.....	7
5.4 - Mulheres, serviços de atenção à saúde e outras redes sociais de apoio: a acessibilidade e a integralidade como utopia.....	8
5.4.1 Acessibilidade da mulher ao CAPSad.....	8
5.4.2 – Fragilidade na articulação do CAPSad com outras unidades de saúde e redes sociais de apoio.....	8
5.4.3 A assistência recebida pela mulher drogadita na perspectiva da integralidade.....	9
...	2
6. CONSIDERAÇÕES	9
FINAIS.....	4
REFERÊNCIAS	

<b>APÊNDICE 1 - Roteiro de Observação</b> <b>APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevista</b>	
--	--

## **1. INTRODUÇÃO**

A aproximação com a prática em saúde mental iniciou-se na graduação em Enfermagem através da participação em pesquisas, estágios

extracurriculares e projetos de extensão universitária. Inicialmente, houve a oportunidade de vivenciar, como acadêmico, o cotidiano da Unidade de Desintoxicação (UD) de um hospital psiquiátrico. Em seguida, houve a possibilidade de experienciar a realidade do cuidado de Enfermagem aos usuários de drogas psicoativas e familiares assistidos em hospital-dia e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad).

O desenvolvimento da Dissertação de Mestrado, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), possibilitou reconhecer o referencial utilizado pelo grupo de autoajuda Alcoólicos Anônimos (AA) como modalidade de tratamento para o alcoolismo (LIMA, 2009).

Durante o processo de doutoramento optou-se por estudar a assistência prestada às mulheres usuárias de drogas psicoativas, na perspectiva das políticas públicas de saúde e de saúde mental, tomando por base os princípios do SUS, preceitos da Reforma Psiquiátrica e a perspectiva de gênero.

No cotidiano profissional percebeu-se que nos CAPSad haviam particularidades entre os usuários atendidos que foram, pouco a pouco, problematizadas a ponto de justificarem a realização deste estudo. Era notória que a maioria da população assistida neste serviço especializado no tratamento da dependência química era do sexo masculino. A demanda reduzida de mulheres e o abandono do tratamento por parte de algumas, logo após os primeiros atendimentos individuais ou em grupos, foram aspectos inquietantes, a priori.

A ampliação da experiência profissional em serviços de atenção em saúde mental trouxe reflexões sobre a dependência química em mulheres e a possibilidade de questões de gênero estarem imbricadas na busca por apoio e adesão ao tratamento. Problematizou-se, então, a adequação da assistência para as reais necessidades e demandas da mulher drogadita, considerando-se sua notável condição de desigualdade em uma sociedade fortemente marcada pelo machismo, preconceito e segregação de usuários de drogas psicoativas.

Cabe destacar, ainda, algumas características importantes do modo como está configurada atualmente a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, no município de Fortaleza - CE. Mesmo contando com vários serviços propostos pelas políticas públicas, no campo em estudo (CAPSad, hospitais-dia, internações em instituições psiquiátricas, unidades de

desintoxicação, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, comunidades terapêuticas), a rede se mostra insuficiente para atender a demanda de população que usa drogas psicoativas; e não indica, necessariamente, que o atendimento seja eficiente e que os serviços operem na lógica de rede articulada e de integralidade da assistência.

Percebe-se, também, que vários serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas direcionam seus leitos e vagas, predominantemente, à população masculina, na realidade local. Em face ao quantitativo de leitos, as mulheres que necessitam de desintoxicação internam-se em unidades hospitalares que realizam, em concomitância, o tratamento de pessoas com transtornos psicóticos ou sociopatias graves. É possível que essa conformação da rede de atenção esteja pautada, erroneamente, em fatos como a menor visibilidade da demanda de mulheres drogaditas, a inadequação da assistência às suas necessidades, além das dificuldades dos profissionais em acolher tais pessoas considerando-se a perspectiva de gênero.

Cabe ressaltar que por gênero entende-se o saber sobre como as desigualdades existentes entre homens e mulheres tem sido construídas historicamente, e desfavorecido estas em muitos aspectos da vida cotidiana, como: dificuldades de inserção nos tratamentos para dependência química, acesso desigual aos meios de tratamento e desigualdade de oportunidades para participar do processo de tomada de decisões no próprio tratamento.

Fontanela e Turato (2002), por exemplo, destacam algumas barreiras que podem interferir na acessibilidade da mulher ao tratamento da dependência química e, conseqüentemente, na integralidade da assistência: medo de represálias por parte de companheiros usuários de drogas; e não querer ser atendidas por profissionais homens ou junto com outros usuários homens.

Como forma de proteger-se do estigma, a mulher adota outros meios para ocultar o consumo de drogas e a dependência. Isso contribui para o consumo às escondidas, aumentando a vulnerabilidade a diversos riscos e danos à saúde, entre eles a infecção pelo HIV (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Desse modo, a mulher em situação de dependência química apresenta situações e necessidades peculiares que, nem sempre, são percebidas pelos profissionais e satisfeitas nos serviços públicos de saúde. Essas demandas podem estar associadas com gravidez indesejada; responsabilidades nos



cuidados com crianças; trabalho com sexo; traumas decorrentes de abuso físico e sexual experienciados na infância e/ou adolescência; sistema judiciário; e níveis mais altos de problemas de saúde mental em relação aos homens (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006).

Faz-se necessário conhecer a drogadição em mulheres, a assistência dispensada à mulher nos serviços de saúde para tratamento da dependência química e a interface com a categoria gênero. Para tanto é importante retomar preceitos das Políticas Públicas de Saúde – incluindo a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas -, partindo do pressuposto de que as mesmas visam desenvolver ações e estratégias voltadas para garantir o direito à saúde de qualidade e a cidadania, independentes da diversidade de gênero, sexual, raça, cor, condição socioeconômica e cultural.

No Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi descrita a importância da reestruturação do sistema de saúde brasileiro, que deveria representar a construção de um novo arcabouço institucional, o qual separaria, totalmente, a saúde da previdência. Este sistema foi implementado a partir de 1990, ao ser sancionada a Lei nº 8.080. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando por base o preceito constitucional de que todo o cidadão tem direito à saúde, foi norteada pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade de assistência. Este último princípio é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (MILBRATH; AMESTOY; SOARES, 2009).

A Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 196, coloca a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação”. A lei 8.080 reafirma este direito e admite a existência dos fatores sociais determinantes e condicionantes da saúde, explicitando que os níveis de saúde expressam a organização econômica e social do país e incluem todas as ações e medidas que interferem nestes fatores (DUARTE, 2000).

No campo do cuidado em saúde mental, embora se reconheça os avanços oriundos do processo de Reforma Psiquiátrica, a qual define a superação do modelo hospitalocêntrico, ainda existem barreiras de acesso aos serviços. Entre

tais obstáculos destacam-se as características organizacionais dos próprios serviços, as quais, muitas vezes, impossibilitam ou dificultam o acesso e permanência do usuário; e a não superação, pelos profissionais, do modelo e da lógica manicomial. Essas condições denotam dificuldades em operar a mudança de paradigmas na atenção à pessoa que vivencia um transtorno mental.

O aumento dos indicadores de uso de drogas psicoativas entre mulheres, além dos problemas decorrentes do consumo, tem sido cada vez mais evidenciado na literatura científica brasileira, o que implica preocupação imediata, do ponto de vista da saúde dessas. Elementos biológicos, históricos e sociais concorrem para a vulnerabilidade das mulheres ao uso de drogas psicoativas, predispondo-as à dependência química. Alguns desses aspectos são, também, determinantes para busca do serviço, além de refletirem nas características clínicas destas. Para Villela, Monteiro e Vargas (2009) vários indicadores biopsicossociais reafirmam que a ideia de que gênero pode influenciar na expressão da saúde mental ou do sofrimento psíquico, da busca, ou não, do tratamento especializado e na inserção em uma rede de serviços comunitários.

A mulher dependente química necessita de um olhar diferenciado para suas demandas específicas, priorizando a promoção da saúde, a autoestima e a reintegração social. Tais necessidades estão, também, presentes no homem, porém, manifestadas de modo diferente. Aos profissionais, é relevante a capacitação teórica e o conhecimento das políticas públicas de saúde para lidar com os aspectos de gênero e as representações inerentes à mulher que procura.

Um estudo documental realizado por Braga, Gomes e Lima (2012) em um dos CAPSad do município de Fortaleza - CE, evidenciou que, entre 2010 e 2011, foram admitidas 195 mulheres, destas, 44 permaneciam em tratamento, 125 abandonaram, 12 tiveram alta e em 10 prontuários não constava tal informação. Constatou-se, não só a existência da demanda por assistência, mas, os baixos índices de adesão ao tratamento, deixando em aberto vários questionamentos.

A baixa procura de mulheres pelo serviço especializado em tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias, também, ficou evidenciada em uma investigação realizada no município de Caucaia – CE, região metropolitana de Fortaleza. No período delimitado entre janeiro de 2004 a dezembro de 2008, apenas, 102 mulheres foram admitidas no CAPSad do

município, majoritariamente para tratamento do alcoolismo e tabagismo. Os problemas mais registrados, decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, foram: doenças clínicas, problemas no convívio social – na família e círculos de amizade – e comorbidades psiquiátricas, sobretudo os transtornos de ansiedade e humor (LIMA *et al*, 2011).

O presente estudo propõe um olhar crítico acerca do contexto no qual a mulher dependente química encontra-se inserida, espaço este permeado por restrições, estigmas e fragilidades do sistema de saúde. Isso instiga questionamentos como: de que modo as questões de gênero influenciam na acessibilidade de mulheres ao tratamento da dependência química? Como o CAPSad tem conduzido a sua prática considerando a condição de gênero e a atenção integral à saúde da mulher?

Na tentativa de responder os questionamentos propostos, desenvolveu-se esse estudo, no qual se objetivou analisar a assistência prestada à mulher dependente química no serviço especializado na perspectiva de gênero e integralidade da assistência.

Com base no exposto, defende-se a seguinte tese: Gênero associa-se à acessibilidade da mulher ao tratamento da dependência química repercutindo no princípio da integralidade da assistência.

## **2. OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Geral**

Analisar a assistência prestada à mulher dependente química no serviço especializado na perspectiva de gênero e integralidade.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de uso de substâncias psicoativas e de trajetória de busca de ajuda das mulheres para lidar com o abuso de drogas;
- conhecer o processo de trabalho desenvolvido pela equipe junto as usuárias do serviço;
- identificar no discurso da mulher elementos indicativos da assistência recebida;
- discutir os achados na perspectiva de gênero e integralidade da assistência.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A fundamentação teórica foi elaborada a partir de textos que abordavam temas relacionados ao objeto de estudo publicados em livros, artigos científicos, dissertações, teses e manuais. São explicitados os constructos teóricos que nortearam o pensamento crítico e reflexivo da tese, e embasaram a interpretação dos achados do estudo. A leitura dessas produções ajudou a sedimentar

conhecimentos de modo a ajudar na definição dos aspectos que direcionaram o olhar para a realidade em investigação.

As informações foram agrupadas em tópicos de discussão, intitulados respectivamente: 'Consumo de drogas no Brasil com foco na mulher', 'Substâncias psicoativas e padrões de uso', 'Políticas Nacionais de Saúde: interfaces entre promoção da saúde, gênero e saúde mental', 'Operacionalização do conceito de integralidade no SUS' e, finalizando, 'A perspectiva de gênero'.

### **3.1 - Consumo de drogas no Brasil com foco na mulher**

Inicialmente, achou-se oportuno contextualizar o consumo de drogas no país com foco nas mulheres, considerando que as mesmas tem se constituído uma demanda crescente entre dependentes químicos que buscam serviços especializados.

Os dados de vários levantamentos têm documentado, de forma indubitável, o grave impacto que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem em áreas relevantes da realidade brasileira, como a saúde e o trabalho, com graves repercussões para a sociedade como um todo. Até alguns anos atrás, a sociedade brasileira e mesmo as instituições que definiam as políticas de saúde negligenciavam a gravidade desses problemas. Quando os problemas com as drogas eram discutidos, o debate se restringia às drogas ilícitas. Sabe-se, hoje, da relevância dos problemas associados ao uso do álcool, que é responsável por 90% das mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, mortalidade esta maior do que a de muitos países desenvolvidos ou situados em patamar de desenvolvimento semelhante ao Brasil (BRASIL, 2009).

O 'I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas entre Universitários de 27 Capitais Brasileiras', incluindo Fortaleza, evidenciou particularidades de consumo entre homens e mulheres. Os homens usam mais maconha, inalantes, cloridrato de cocaína, alucinógenos, *ecstasy* e esteróides anabolizantes que as mulheres, para todas as medidas de uso (uso na vida, uso nos últimos 12 meses e uso nos últimos 30 dias). Já as mulheres consomem mais anfetamínicos, tranquilizantes e analgésicos opiáceos que os homens, para todas as medidas de uso (BRASIL, 2010).

A maioria dos universitários faz uso do álcool e a proporção entre homens e mulheres bebedores é de aproximadamente 1:1. Além disso, a idade de início para o consumo do álcool nesta amostra se dá em mais de 50% dos universitários antes dos 16 anos de idade. Tal convergência (proporção de consumo entre as mulheres semelhante aos homens) e precocidade para o uso do álcool são preocupantes visto que expõem esta amostra aos prejuízos agudos e crônicos decorrentes dessa substância, de forma notável. Quanto mais precoce o uso de álcool, maiores as chances de desenvolver a dependência alcoólica, especialmente pela interferência sobre a etapa da vida em que acontece o processo de maturação do sistema nervoso central e da personalidade. Além disso, as mulheres são mais sensíveis que os homens aos efeitos do álcool no organismo devido a questões fisiológicas e constitucionais próprias do gênero (BRASIL, 2010).

Apesar de estar bem estabelecido na literatura que as mulheres em geral bebem menos e apresentam menos transtornos relacionados ao uso de álcool do que os homens, essa diferença tem diminuído nos últimos anos, sendo menor e às vezes chegando a nem existir entre os jovens. No Brasil, não há diferenças entre sexos para a idade de início do uso do álcool, estimada pelo “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” (BRASIL, 2007).

Este levantamento indicou também que, se por um lado os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, as mulheres sofrem mais com a violência relacionada a seu consumo. Um relatório do Banco Central elaborado em 2002 sobre a América Latina aponta uma série de políticas que deveriam ser implementadas para diminuir o custo social do álcool, e levar em consideração as diferenças entre os gêneros (BRASIL, 2007).

Atualmente, a estimativa de dependentes de álcool é de 12,3% para o Brasil; no Nordeste a porcentagem atinge quase 14%. O uso diário de álcool, maconha ou cocaína é considerado um risco grave, independentemente do gênero, da faixa etária e região brasileira. A análise do período entre 2001 e 2005 aponta tendência de crescimento da taxa por 100.000 habitantes de hepatite B provavelmente associada ao uso de drogas nas cidades de Fortaleza, Salvador, Vitória, São Paulo, Curitiba e Florianópolis. São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília destacam-se como as capitais com maior número absoluto de óbitos associados

ao uso de drogas, sendo os resultados das duas primeiras já esperados pois são as maiores cidades do Brasil. Nas regiões, as capitais que mais contribuem para o total de óbitos são Manaus na Região Norte, Fortaleza no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro no Sudeste, Porto Alegre no Sul e Brasília na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2009).

É consenso que há uma tendência mundial quanto à equiparação do uso de drogas entre homens e mulheres (MALBERGIER *et al*, 2012; GUIMARÃES *et al*, 2009; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006). Porém, o problema ainda é estudado predominantemente no contexto da população masculina, banalizando-se a questão de gênero e tornando incipiente a compreensão da dinâmica feminina (ELBREDER *et al*, 2008).

A maior parte do tratamento para abuso de drogas e dependência química foi desenvolvida para homens e somente depois, adaptada para mulheres (ELBREDER *et al*, 2008). Conseqüentemente, existem lacunas no tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias e as propostas para o acolhimento de mulheres nos serviços de saúde (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; VENOSA, 2011).

Entre as mulheres é importante trabalhar especificidades individuais e de grupos com vistas a uma assistência igualitária relacionada ao consumo de drogas, considerando-se o estigma, a situação conjugal, a violência doméstica, os filhos, outros dependentes na família, a profissão, o suicídio, e a desagregação familiar (CÉSAR, 2006; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; LEVORATO; RODRIGUES; FREITAS, 2012; SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008).

### **3.2 - Substâncias psicoativas e padrões de uso**

Para aproximar-se do fenômeno que a dependência química se configura é necessário resgatar conceitos sobre drogas psicoativas, classificação, padrões de uso e efeitos.

Nóbrega (2012) conceitua substância química psicoativa, droga psicoativa ou droga psicotrópica como aquela que modifica a atividade do Sistema Nervoso Central e tem potencial para abuso por sua capacidade de desenvolver tolerância, ou seja, a necessidade crescente de uso de quantidades cada vez maiores da substância para obter o efeito desejado. Ressalte-se, ainda, o potencial para desenvolvimento de abstinência, compreendida como uma

síndrome específica surgida após a retirada ou a redução do consumo, associado ao comportamento compulsivo de consumo da substância.

Conforme sua interferência no funcionamento do Sistema Nervoso Central, as substâncias psicoativas podem ser classificadas em três tipos. As drogas *perturbadoras* (*cannabis*, maconha, haxixe, ácido lisérgico e medicamento anticolinérgico) produzem quadros de alucinação, geralmente de natureza visual, e fazem com que o cérebro passe a funcionar de maneira perturbada. As substâncias *depressoras* (álcool, tranquilizantes, opiáceos e solventes), por sua vez, são capazes de diminuir as atividades cerebrais, possuem propriedade analgésica, tornando o usuário sonolento e desconcentrado. Os *estimulantes* acentuam a atividade cerebral, causando aumento da atenção, aceleração do pensamento e euforia. Como exemplos destas substâncias estão: cocaína, antidepressivos, tabaco, *ecstasy*, anabolizantes, anorexígenos, anfetaminas, *crack* (CARLINI *et al*, 2001).

O consumo abusivo de drogas psicoativas em mulheres, por exemplo, pode estar associado a diversos eventos: interrupção das menstruações, tensão pré-menstrual, infertilidade e menopausa precoce. Durante a gestação, o abuso de álcool pode contribuir para a síndrome fetal que é caracterizada pelo retardo mental grave e outros problemas congênitos, incluindo retardo de crescimento, anomalias faciais e cardíacas. Há, ainda, evidências de que cocaína, maconha, tranquilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais em mulheres (BRASIL, 2012a).

Retomando a discussão sobre a classificação das substâncias psicoativas, tem-se aquela que se baseia na legalidade. Assim, drogas *lícitas* têm seu uso e produção permitidos por lei, sendo liberadas para comercialização e consumo. Como exemplo, estão: bebidas alcoólicas, benzodiazepínicos, anorexígenos, anabolizantes e o cigarro. As drogas *ilícitas* são obtidas e, frequentemente, fabricadas de modo ilegal, devido aos efeitos subjetivos que parecem produzir. São comumente distribuídas em áreas urbanas, sendo também encontradas em áreas suburbanas e rurais; tendem a ser grosseiramente impuras e podem causar toxicidade inesperada (BRASIL, 2010a).

Ressalte-se que o uso de uma substância química psicoativa, para além de sua classificação, insere-se no contexto do usuário adquirindo sentidos e



significados, produzindo sensações e efeitos diversos que dependem de fatores sociais, culturais, econômicos, biológicos, emocionais etc. As consequências do uso destas substâncias incluem desde a socialização como o abuso de drogas, a dependência química e o surgimento de comorbidades.

Segundo o DSM-IV (2002) o *abuso de drogas* ou *uso abusivo*, consiste em um padrão de uso inadequado, com prejuízo clinicamente significativo, manifestado por um mais aspectos a seguir, no período de 1 ano, e que não atendam os critérios para dependência química: uso recorrente resultando em fracasso no cumprimento de importantes obrigações - trabalho, escola, lar – ou em situações fisicamente perigosas (como dirigir automóvel, operar máquinas e outros); problemas legais relacionados com o uso de drogas (prisões etc.); uso contínuo da substância psicoativa apesar dos problemas sociais ou interpessoais causados (brigas, discussões e outros).

O *abuso de substância* é um padrão desajustado de consumo de droga psicoativa indicado pela continuação do uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado (BRASIL, 2010a).

A *dependência química* é considerada um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses: tolerância; abstinência; consumo da substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos; importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; o uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (SADOCK; SADOCK, 2007).

A dependência química é uma doença crônica caracterizada pela busca e uso compulsivo (inabilidade de resistir ao desejo) de determinada substância

psicoativa, na qual um indivíduo despreza qualquer efeito ou evento adverso referente a esse uso (BRASIL, 2010a).

Abordar os conceitos sobre drogas psicoativas, classificação e padrões de consumo justifica-se pelo fato de ter-se escolhido desenvolver o estudo com mulheres em situação de abuso de drogas ou de dependência de substâncias consideradas estigmatizantes culturalmente - álcool e drogas ilícitas.

### **3.3 - Políticas Nacionais de Saúde: interfaces entre promoção da saúde, gênero e saúde mental**

O paradigma da promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dentre seus objetivos específicos, destaca-se o de ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem - étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras (BRASIL, 2010b).

No Brasil, uma das estratégias implementadas para a melhoria da qualidade de vida, conforme preconizam os diversos documentos sobre Promoção da Saúde, tem sido a elaboração de políticas públicas saudáveis, na tentativa de fazer com que a saúde conste como prioridade em vários setores, através da legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por exemplo, incorpora, num 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. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente

excluídos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2011).

Esta Política reconhece que se faz necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando propiciar um atendimento mais justo, humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências e podem intervir positivamente nessa realidade.

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as estas sofrem com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, é relevante pensar em gênero não somente no que diz respeito ao sofrimento mental que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas destas apresentam em desencadear crises. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas tem um ônus grande, que, muitas vezes, se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (BRASIL, 2011).

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, também, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde (BRASIL, 2011).

No país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade considere que as dimensões de gênero e as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres, sendo elas a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. Dessa forma, a busca pelos serviços

de saúde, por parte das mulheres, é carregada de um histórico de discriminação e frustrações que refletem na sua saúde, trazendo tensão e mal-estar psicofísico, incluindo-se a problemática da drogadição (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade, a equidade e a qualificação na assistência de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. Por esse novo modelo, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, combate ao estigma, cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes (BRASIL, 2005a).

Tal política busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e ofereça cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo preconiza uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais). O programa de *Volta para Casa* que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política (BRASIL, 2005a).

Os CAPS surgem nesse contexto como serviços substitutivos ao manicômio, devendo operar de maneira regionalizada, no território geográfico em que vive o sujeito, para que este seja acompanhado na sua comunidade e possa receber cuidados baseados na promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento (BRASIL, 2005a).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o SUS; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a

estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2004a).

Para a questão específica do consumo de drogas psicoativas, defronta-se com o desafio de encontrar respostas que possam trazer, em médio prazo, a melhoria substancial das condições de vida das pessoas usuárias destas substâncias, bem como respostas potentes relativas à prevenção e tratamento. Os principais limites observados pela falta de prioridade dada a uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas pode ser observada a partir do impacto econômico e social que tem recaído sobre o SUS, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais, de forma a impactar positivamente na redução do consumo de drogas, no resgate do usuário do ponto de vista da saúde e não somente moralista ou legalista, e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade (BRASIL, 2004a).

A atual Política Nacional Sobre Drogas reconhece que se pode avançar diante da problemática através de medidas preventivas, redução da oferta, tratamento, recuperação, reinserção social, utilização dos preceitos de redução de danos e fomento de pesquisas e avaliações na área considerando-se as diversidades culturais e a vulnerabilidade, respeitando-se as diferenças de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2005b).

### **3.4 Operacionalização do conceito de integralidade no SUS**

A integralidade é polissêmica e abrangente, encontra-se impregnada de sentidos críticos dirigidos à realidade atual, almejando superá-la. Consiste em um ideal inatingível em sua plenitude, mas que pode ser alcançado, em parte. Articula-se com conceitos como: conceito ampliado de saúde; hierarquização; descentralização (municipalização); participação popular; recursos humanos (quantidade e formação adequada), interdisciplinaridade; integração com outras unidades de saúde; supervisão clínica; adscrição da clientela; acessibilidade; acolhimento e intersetorialidade (MELO *et al*, 2013)

Compreende-se a integralidade na atenção à saúde das mulheres como a concretização de práticas que garantam o acesso destas a ações resolutivas

construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. O cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO *et al*, 2009).

Para a análise da assistência prestada à mulher dependente química no CAPSad, na perspectiva da integralidade, fez-se necessário definir marcos teóricos que possibilitassem instrumentalizar a operacionalização deste princípio do SUS na prática. Tais conceitos foram pinçados das políticas de saúde e encontram-se descritos em linhas gerais a seguir, conforme literatura especializada:

- **conceito ampliado de saúde:** saúde é o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar condições de desigualdades nos níveis de vida. Para além da ausência de doença, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986);

- **regionalização e hierarquização:** o primeiro conceito indica um processo de articulação entre os serviços já existentes, buscando-se o comando unificado dos mesmos. A hierarquização diz respeito aos diferentes níveis de atenção, formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para cada caso, e fluxos de referência e contra-referência (CAMPOS; OLIVEIRA JÚNIOR; TONON, 1998);

- **insumos, recursos humanos e financeiros em saúde:** os insumos incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los. Todos esses recursos ou matérias-primas tem, necessariamente um custo, mesmo que a unidade não realize nenhum desembolso direto por eles. Atribui-se o termo *recursos humanos* às pessoas envolvidas em atividades no campo da saúde de um país, cuja função e papel faz parte do sistema de saúde nas esferas pública e privada. Há que se considerar não somente a dimensão quantitativa de profissionais para compor uma equipe que contemple a demanda mas, também, a formação adequada destes (Malik, 1998). Por recursos financeiros em saúde entende-se a verba destinada e investida no setor saúde, com o objetivo de prestar assistência à

saúde, promover ou realizar atividades de reabilitação (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998);

- **interdisciplinaridade:** interação real entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência, dotadas de reciprocidade no intercâmbio de conhecimento e propiciando enriquecimento mútuo. A interdisciplinaridade representa uma necessidade para a efetivação e resolutividade dos serviços de saúde mental e ajuda profissionais a terem noção de conjunto, fundamental para a melhoria na assistência ofertada (SCHINEIDER; SOUZA; NAS, 2009);

- **recursos terapêuticos:** atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimento em grupo (grupos terapêuticos; atividades esportivas; oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização e culturais); atendimento para a família (em grupo ou individualizado, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares); atividades comunitárias (festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários); assembleias semanais, com técnicos, usuários, familiares e outros convidados (BRASIL, 2004b);

- **supervisão clínica:** constitui um dispositivo de formação permanente, que visa a formação permanente de modo a sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que as diferentes questões possam ser expostas, os casos e as situações sejam manejados na perspectiva da atenção psicossocial. Segundo Figueiredo (2008) o supervisor opera como facilitador do trabalho e deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica. Nesse sentido, promove-se a definição do espaço de cada trabalhador na equipe quebrando a rigidez das especialidades e mantendo a especificidade de seu ofício; a pactuação de responsabilidades pelo fazer clínico e a possibilidade de construção coletiva dos casos podem ser resultado deste dispositivo, permitindo avançar no trabalho em equipe e reduzir conflitos que podem comprometer seu funcionamento (Figueiredo, 2005);

- **adscrição da clientela:** associa-se à definição de um território de abrangência, que significa a área sob responsabilidade de determinado serviço/equipe de saúde. Os critérios devem ser flexibilizados em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como

densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local. Cada CAPSad tipo II, por exemplo, deve ter capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000;

- **acessibilidade:** se refere à organização do serviço no território e a constituição estrutural que lhe é própria, isto é, a localização geográfica, o adequado planejamento do cuidado no espaço físico, a superação das barreiras dimensionais e a adequação do serviço como um todo às questões culturais e aos hábitos da população local. Conseqüentemente, o acesso está condicionado à consciência sanitária de reconhecimento do direito de entrada da pessoa ao sistema, como uma construção conjunta, um processo de negociação, e não como apenas como a busca pelo serviço para resolução de problemas pontuais de saúde do indivíduo (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2009). Para Campos *et al* (1990) existem duas vertentes principais na avaliação qualitativa dos serviços de saúde que se baseiam na acessibilidade. A primeira delas relaciona a equidade do acesso com as características da população (renda familiar, cobertura previdenciária, atitudes frente ao cuidado em saúde) ou do sistema de saúde (distribuição e organização dos serviços, relações de poder etc.). A segunda vertente relaciona a avaliação do acesso aos indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema (padrões de utilização e de satisfação);

- **acolhimento:** atendimento, por demanda espontânea ou referenciada que consiste na escuta qualificada, reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário (BRASIL, 2013).

- reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

### **3.5 – A perspectiva de gênero**

Entende-se gênero como um constructo teórico que se refere aos aspectos da vida social que são vivenciados diferentemente porque homens e mulheres têm papéis diferentes que lhes são designados. O gênero é biologicamente fundamentado mas é, também, uma categoria relacional que



aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Tornar-se mulher ou homem é um processo de aprendizado nascido de padrões sociais estabelecidos, reforçados através de normas e coerção. Tais padrões são modificados no tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais (FONSECA, 2005).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, os estudos envolvendo *Gênero e Saúde* procuram refletir acerca das diferenças evitáveis entre homens e mulheres, no que diz respeito à condição de saúde e seus determinantes, ao acesso e qualidade de atenção à saúde e à participação nos processos decisórios sobre a alocação dos recursos (FONSECA, 2005).

Entende-se que *gênero* trata de relações sociais em que mulheres e homens estão igualmente e mutuamente implicados. O uso desta categoria revela-se complexo, já que gênero interage com outras dimensões do sujeito, como classe social e cor/raça/etnia, bem como com práticas cotidianas, como exercício da sexualidade e trabalho, criando desigualdades entre mulheres e homens (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009).

A incorporação de gênero implica a compreensão das relações entre os sexos, diferenciando o sexo biológico do social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anatômicas, fisiológicas e biológicas existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história. O sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres. É entendido como elemento constitutivo destas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. A análise aprofundada de tais relações revela condições desiguais de exercício de poder, com as mulheres ocupando posições subalternas e secundárias. Gênero explica, à luz das relações de poder, as manifestações sociais das mulheres, entre elas o processo saúde-doença (FONSECA, 2005).

Carvalho e Dimenstein (2003) reforçam que, gênero existe para dar conta dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, partindo do princípio que os lugares sociais e culturais de cada um são construídos como a relação de poder entre homens e mulheres, ou seja, hierarquicamente. Indubitavelmente, as relações de gênero são permeadas por costumes e valores que determinam os papéis que cada um assume, havendo

ligação direta com a formação da subjetividade e, portanto, com a forma de se ver e estar no mundo. Usar o termo gênero é, por princípio, rejeitar o biologismo determinista implícito no termo sexo, rompendo dessa forma com conceituações essencialistas.

É importante, então, esclarecer conceitos e noções de termos como *mulher*, *gênero*, *feminino* e *feminista* que serão utilizados neste estudo, com significados distintos. Concordando com Aquino (2006), uma 'mulher' é um indivíduo específico; 'gênero' denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; 'feminino' refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados para as mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e 'feminista' define uma posição ou agenda política.

As condutas praticadas por mulheres que consomem álcool e outras drogas psicoativas estão norteadas por construções históricas e culturais que estruturam as relações sociais e determinam papéis e comportamentos, e podem constituir situações de vulnerabilidade. Quando o uso abusivo dessas substâncias é praticado por mulheres, por exemplo, há uma tendência do mesmo ser realizado em locais privados, frequentemente no domicílio, como uma forma de ocultamento social. Isto pode retardar a busca de tratamento para agravos decorrentes do consumo da substância ao tempo que predispõe a usuária a situações de violências de ordem familiar (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Essa e outras peculiaridades podem ser explicadas, também, em termos de papéis culturais e riscos associados ao gênero. Na maioria das culturas que consomem álcool e outras drogas, espera-se que as mulheres se abstenham ou usem menos que os homens e, como consequência, elas de fato consomem menos. No entanto, quando mulheres desenvolvem problemas relacionados as drogas psicoativas, elas tendem a ser rejeitadas, enfrentam mais problemas e escondem a dependência com maior frequência, fatores que dificultam a detecção e tratamento precoce. É necessário encontrar indicadores específicos culturais e de gênero para transtornos relacionados ao uso de álcool que possam ajudar a eliminar a lacuna existente no tratamento oferecido a mulheres. Medidas disponíveis atualmente para o estudo de problemas relacionados as substâncias químicas psicoativas – assim como as opções de prevenção e tratamento –

foram desenvolvidas sem consideração suficiente pelas condições e necessidades especiais das mulheres (BERENZON *et al*, 2011).

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 - Tipo de estudo**

De modo a contemplar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa clínico-qualitativa. Vários autores demonstraram a viabilidade deste método em pesquisas na área da saúde mental e saúde da mulher e isto reforçou a escolha do mesmo para nortear o estudo (FONTANELLA; TURATO, 2002; NAZÁRIO; TURATO, 2007; FONTANELLA *et al*, 2008; MAGDALENO *et al*, 2011). Algumas características do método clínico-qualitativo estão sucintamente descritas a seguir.

Destacadamente, tem-se que os *sentidos* e os *significados* dos *fenômenos* constituem o cerne das investigações qualitativas. Capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como interpretá-los, são os

objetivos maiores. Tratando-se do uso do método qualitativo aplicado no ambiente natural dos cuidados com a saúde, é imprescindível ao pesquisador, acolhendo a pessoa numa atitude clínica, valorizar as possíveis angústias e ansiedades dos sujeitos como elementos fundamentais de mobilização do interesse do investigador (TURATO, 2011; TURATO, 2005).

O método parte das experiências vividas e propõe uma preocupação com o processo, ou seja, o querer saber como os fenômenos ocorrem importando suas relações. Faz-se necessário que o pesquisador penetre na sua estrutura íntima (TURATO, 2011).

Dentre as características da pesquisa clínico-qualitativa destacam-se ainda: o pesquisador-como-instrumento e o pesquisador-como-*bricoleur*. A primeira faz alusão à possibilidade do pesquisador recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado, considerando importantes a introspecção e a reflexão pessoal. A segunda, ou seja, pesquisador-*bricoleur*, à destreza em utilizar referenciais teóricos pertinentes como ferramentas de interpretação de resultados (TURATO, 2011; TURATO, 2000).

#### **4.2 - Local (*setting*) do estudo**

A presente pesquisa foi realizada no CAPSad pertencente à Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza – CE. O serviço de saúde foi escolhido pelo seu potencial de acesso às mulheres e por localizar-se em uma área de abrangência que possui vários serviços de saúde e apoio social. Neste CAPSad ocorreu a inserção prévia do pesquisador visando proceder os momentos de ambientação e aculturação.

O município de Fortaleza – em suas seis Secretarias Regionais - conta com uma rede de hospitais públicos municipais, além de unidades mantidas pelos governos estadual – como o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - e federal, além de estabelecimentos filantrópicos e particulares. A Regional III do município está composta por dezessete bairros que possuem dezesseis Unidades Básicas Saúde da Família (UBASF), o CAPS Professor Frota Pinto, um CAPSad, o CAPS infantil Estudante Nogueira Jucá, o Hospital da Mulher de Fortaleza e Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura – Frotinha de Antônio Bezerra. Na Regional localizam-se, ainda, um hospital psiquiátrico

privado e conveniado ao SUS, o Hospital Universitário Walter Cantídio, e grupos de autoajuda voltados para dependentes químicos e familiares.

O ambiente natural como local para a colheita de dados consiste em outra característica do método qualitativo, pois, a configuração ambiental engloba e preserva a configuração das incontáveis características das pessoas, alvo dos estudos. No caso da pesquisa clínico-qualitativa, considera-se o contexto físico-estrutural, o cotidiano do local da prestação de serviços clínicos (o *setting* dos cuidados com a saúde) como ambiente natural para as pessoas ali envolvidas com processos clínicos preventivos ou terapêuticos (TURATO, 2011).

Ribeiro, Azevedo e Turato (2013) destacam a importância do pesquisador clínico-qualitativo inserir-se em serviços especializados no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Tal experiência fomenta as fases de ambientação (adaptação geral à rotina do *setting* onde serão produzidos os dados e aquisição de informações sobre o cotidiano das pessoas que ali trabalham e daquelas que são atendidas no local) e aculturação (contato com a incorporação das mentalidades, costumes e valores da população deste campo de investigação).

A experiência de ambientação permite, por exemplo, conhecer as limitações e as vantagens de serviços de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, bem como perceber as condições da população que os busca. A aculturação, por sua vez, se mostra importante por facilitar a aproximação das mulheres a serem pesquisadas, ao conhecer e utilizar a linguagem verbal e gestual da referida população, que em parte servem para criar uma cultura própria de comunicação e, por outro lado, uma vez entendida, permite uma maior compreensão de sentidos (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013; TURATO, 2011).

### **4.3 - Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa mulheres que realizavam tratamento para o abusivo de álcool, maconha, cocaína, *crack*, LSD e *ecstasy*. Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; aderir ao plano terapêutico traçado pela equipe por um período mínimo de um mês; não estar sob o efeito de substância psicoativa no momento da coleta de informações; apresentar condições físicas e emocionais para participar e

autorizar a participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Ressalte-se que foram excluídas as mulheres que não atendiam pelo menos um dos critérios mencionados anteriormente ou que fossem assistidas no CAPSad para realizar o tratamento específico para a dependência de medicamentos psicotrópicos e tabaco.

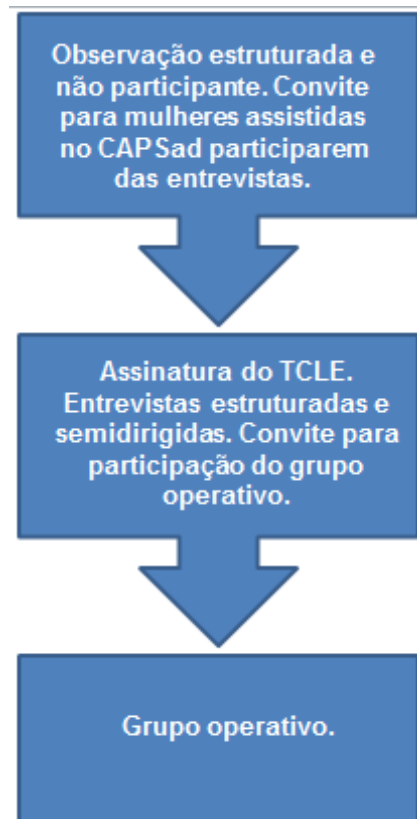
O número de participantes foi definido conforme critério de satisfação dos dados, que permitiu a inclusão intencional das mulheres que atendiam aos critérios de inclusão e encontravam-se disponíveis no período de produção dos dados. Assim, dezessete mulheres constituíram-se sujeitos dessa investigação.

#### **4.4 - Instrumentos e técnicas de produção de dados**

Na pesquisa clínico-qualitativa entende-se *técnica* como a utilização de instrumentos de pesquisa que permitem a emergência de dados, para o devido registro e estudo. Trata-se dos meios específicos de se viabilizar o método escolhido, podendo por sua vez cada um destes vir a comportar várias técnicas (TURATO, 2011).

O processo de produção dos dados transcorreu durante um período de cinco meses – de julho a novembro de 2013 - por meio de observação estruturada e não participante da dinâmica do serviço, entrevista estruturada e semidirigida e um grupo operativo. Esse processo encontra-se sintetizado na Figura 1:

Figura 1 – Diagrama síntese do processo de produção dos dados empíricos.  
Fortaleza – CE, 2014.



Inicialmente, realizou-se a observação estruturada e não participante da dinâmica de atendimento do serviço, tendo-se sempre a mulher usuária como foco de investigação.

Para registro das informações, utilizou-se um roteiro de observação (Apêndice 1) que abordava aspectos como: atividades observadas, tempo de observação, profissionais e número de mulheres envolvidos nas atividades. As observações foram feitas, de segunda a sexta feira, de oito às dezessete horas, ao longo do primeiro mês de coleta, totalizando-se 160 horas de observação. Foram registrados aspectos relativos à dinâmica do serviço de forma geral: marcação de consultas e espera por atendimento na sala de espera, corredores e refeitório, sala de coordenação do serviço, farmácia, consultórios médicos e de enfermagem, salas de atividade grupal, atendimentos individuais e atividades em grupo.

As experiências de ambientação e aculturação possibilitaram eleger tais elementos para a observação, pois, esperava-se que os ambientes, profissionais e dinâmica do serviço configurassem, de fato, a proposta dos CAPS: um serviço substituto às internações em hospitais psiquiátricos que oferecesse atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e promovendo a reinserção

social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, afim de fortalecer vínculos familiares e comunitários.

Durante a primeira etapa de produção dos dados, mulheres que frequentaram o CAPSad foram abordadas e informadas acerca da realização da pesquisa e do processo de observação. Aquelas que atendiam aos critérios de inclusão no estudo foram convidadas a participar da segunda etapa de coleta de dados, no caso, a entrevista estruturada e semidirigida.

Turato (2011) afirma que entrevista consiste em um encontro interpessoal estabelecido para obtenção de informações verbais ou escritas, sendo instrumento para conhecimento para assistência ou pesquisa. O autor esclarece ainda que todas as entrevistas podem receber a denominação 'estruturada' já que em todos os tipos não existe uma situação em que, previamente estabelecida ou não, não venha a ter uma 'estrutura'. Por outro lado, considerando a forma de condução do encontro, a entrevista semidirigida surge como uma das técnicas mais indicadas para pesquisas clínico-qualitativas, por permitir que ambos os integrantes da relação tenham momentos para dar alguma direção, representando ganho para reunir informações segundo os objetivos propostos.

Cada entrevista foi agendada previamente, conforme a disponibilidade do pesquisador e da participante, e realizadas em sala reservada para tal. Em cada encontro, apresentou-se o objetivo da investigação, ressaltou-se a importância da contribuição da participante no estudo e recolheu-se a assinatura da mesma no TCLE. As mulheres foram entrevistadas individualmente, utilizando-se um roteiro semiestruturado de perguntas (Apêndice 2) que abordava aspectos relativos à caracterização sociodemográfica, identificação clínica do abuso de drogas psicoativas, trajetória de uso de drogas psicoativas e tipos de ajuda buscados. O roteiro continha, também, questões norteadoras que remetiam à percepção da mulher como usuária de drogas, assistida no serviço de saúde especializado.

A etapa de produção dos dados por meio de entrevista ocorreu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2013, e foi registrada com dispositivo digital e transcrita na íntegra posteriormente.

Alguns fatores dificultaram a realização da entrevista, dentre eles sobressaíram-se: a baixa procura do serviço de saúde por parte das mulheres;



a descontinuidade no tratamento; o receio em fornecer informações para uma pessoa do sexo masculino (o entrevistador) ou sofrer prejuízos no tratamento. Diante de tais dificuldades, emergiu a necessidade de desenvolvimento de um encontro grupal que promovesse a interação entre as entrevistadas, expressão e partilha de vivências.

Optou-se pela realização de um grupo operativo por compreendê-lo como uma possibilidade de apreensão da vivência da mulher usuária de drogas psicoativas, assistida no serviço especializado, favorecendo uma maior aproximação desta realidade.

Grupo é um conjunto restrito de pessoas que ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõe de forma explícita ou implícita uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo por meio de complexos mecanismos de atribuição de papéis (PICHON-RIVIÉRE, 2005).

O grupo operativo, especificamente, promove um encontro pontual para discussão, colhendo-se, assim, os discursos dos sujeitos. Este instrumento proporciona trocas vivenciais entre os pesquisados, possibilitando a revisitação e reflexão do cotidiano, exteriorização de sentimentos latentes, apropriação e reconstrução da realidade (LUCCHESI, 2005).

A técnica de grupo operativo, à luz de Pichon-Riviére (2005), objetiva promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e novas inquietações.

Cassol *et al* (2012) propuseram a utilização de grupos operativos como forma de tratamento para a dependência química, pois facilitam a expressão e direcionam-se ao ensino-aprendizagem em saúde. No entanto, não foram identificadas produções teóricas que houvessem utilizado tal técnica para produção de dados de pesquisa, especificamente, com mulheres usuárias de drogas.

O andamento do processo grupal foi pensado e planejado em novembro de 2013 de modo que cada mulher se sentisse à vontade para partilhar experiências relativas ao objeto de estudo junto a outras mulheres com histórias de vida semelhantes. O grupo foi realizado em uma das salas disponibilizadas pela coordenação do serviço, organizada previamente.

A equipe de trabalho foi composta por um mediador e duas observadoras participantes – devidamente orientadas pelo doutorando e orientadora do estudo acerca do planejamento e execução do grupo. As observadoras incluíram-se ativamente, mas de forma sutil, nas atividades propostas. Elas puderam observar a dinâmica do grupo, o processo de construção do mesmo e modo de apropriação da produção artística por parte das mulheres como forma de expressão.

Das dezessete mulheres entrevistadas na segunda fase de produção de dados, seis participaram do encontro grupal, que ocorreu no período vespertino, tendo em vista os pedidos das mulheres e a disponibilização do espaço por parte da coordenação do CAPSad. No Quadro 1 apresenta-se a síntese do processo grupal para facilitar a compreensão do leitor.

Quadro 1. Síntese descritiva do processo grupal desenvolvido com as participantes do estudo. Fortaleza – CE, 2014.

<b>Momentos e duração de tempo</b>	<b>Técnica utilizada</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Síntese dos resultados</b>
Apresentação (cerca de 20 minutos)	História do nome. Síntese da técnica: o mediador lança os seguintes questionamentos para cada integrante do grupo: 'Qual seu nome?', 'Quem lhe atribuiu tal nome?', 'Qual significado que você atribui ao seu nome?'.	Apresentar/ conhecer os integrantes do grupo.	Conhecimento dos integrantes do grupo e demonstrações de sentimentos de pertença. Integração de pessoas com histórias de vida e características semelhantes.
Aquecimento (cerca de 20 minutos)	Círculo fechado. Síntese da técnica: o mediador solicita que duas participantes saiam da sala por alguns instantes, em seguida combina com o grupo que permaneceu na mesma que seja formado um círculo apertado com os braços entrelaçados de forma a impedir que as pessoas de fora da sala entrem neste. Em seguida, o mediador solicita que pessoas que estão fora da sala entrem e tentem adentrar no círculo. Ao final, as participantes partilham a experiência.	Promover a reflexão sobre inclusão e exclusão em determinado grupo	Vivência de situações de tentativa de integração e impedimento de integração em um grupo. Alusões às facilidades e dificuldades na busca e realização de tratamento para dependência química.
Desenvolvimento (cerca de 60 minutos)	Produção artística. Síntese da técnica: o mediador solicita que seja elaborada individualmente uma produção artística que expresse 'Quem sou eu? Mulher usuária de drogas assistida no CAPSad?'. Disponibiliza-se papel, cartolina, tesoura, cola, folhas de revistas soltas com motivos diversos, lápis	Promover a expressão do usuário do serviço de saúde sobre elementos indicativos da	Elaboração de produções individuais e de um painel coletivo intitulado pelas participantes de 'Guerreiras'. Predominou o uso de técnicas de colagens,

	colorido, pincéis, tinta, papel crepom e <i>glitter</i> . Em seguida, partilha-se o que foi produzido. Finaliza-se com a elaboração de uma produção coletiva que sintetize o que o grupo expressou. Partilha-se o que foi produzido coletivamente.	assistência recebida	desenhos e escritos. Expressão dos significados das produções, que foram registradas em fotografias.
Término (cerca de 20 minutos)	<i>Feedback</i> : o mediador lança os questionamentos: 'Como foi para vocês vivenciar esse momento?', 'Como estão saindo?'	Avaliar o alcance do objetivo do encontro.	Expressão sobre o significado do encontro e a importância da abordagem grupal no acolhimento de mulheres usuárias de drogas que realizam tratamento no CAPSad e abordagem das especificidades da saúde da mulher.

O encontro foi registrado em três gravadores de som (dispositivos digitais) dispostos em diferentes locais da sala.

Visando garantir o anonimato das participantes do estudo, utilizou-se o termo *guerreira*, modo como as quais se auto-denominaram durante a realização do grupo operativo, e acrescentou-se um numeral para diferenciação.

#### 4.5 – Análise e discussão

Turato (2011) sugere que o tratamento e a apresentação dos dados de pesquisa clínico-qualitativa compreendam as etapas dispostas a seguir:

- preparação inicial do material para posterior análise: transcrição das informações gravadas na entrevista e grupo operativo, digitação dos discursos em arquivos em computador; imagens das produções artísticas;
- pré-análise: realizou-se a leitura flutuante dos discursos expressos das mulheres e busca dos conteúdos latentes.
- categorização e subcategorização: a partir do conteúdo subjetivo e exteriorizado pelas mulheres, elaborou-se subcategorias com temáticas alusivas aos constructos teóricos de integralidade e gênero. Conforme a proximidade no conteúdo dessas subcategorias, fez-se um agrupamento em uma mesma categoria temática.

A análise e discussão dos achados basearam-se na perspectiva da *integralidade* e sua interseção com *gênero* no cuidado à saúde das mulheres. Os termos destacados em itálico são frequentemente identificados nos textos da Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde da Mulher, da Política Nacional de Saúde Mental e da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, tais documentos encontram-se eivados de vícios que, por vezes, dificultam a operacionalização prática das categorias integralidade e gênero no cotidiano dos serviços.

Para proceder a interpretação dos achados à luz da perspectiva da integralidade foram utilizados os seguintes constructos conceituais, detalhados na revisão teórica: conceito ampliado de saúde; regionalização e hierarquização; insumos, recursos humanos e financeiros em saúde; interdisciplinaridade; recursos terapêuticos; gestão com participação da população e dos trabalhadores; acessibilidade; acolhimento; intersetorialidade; supervisão clínica e adscrição da clientela. Todos esses constructos encontram-se descritos no capítulo de fundamentação teórica.

Com relação à perspectiva de gênero, adotou-se a compreensão de autores como Scott (1986) e Butler (1990) que, sucintamente, consideram o impacto desta categoria nos modos de viver o corpo e a repercussão no processo saúde-doença. Assim sendo, entende-se por gênero, não só, as diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres, ou entre masculinidades e feminilidades, mas, também, o modo como se produzem essas diferenças como desigualdades de poder.

A apresentação final dos resultados foi elaborada de forma descritiva, com citações ilustrativas de recortes dos discursos das mulheres pesquisadas e exposição de imagens das produções artísticas. É importante esclarecer que não houve separação entre as falas coletadas na entrevista e no grupo operativo. Acredita-se que, mesmo tendo sido produzidas em momentos distintos, as informações se reforçam e se complementam.

#### **4.6 - Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC. O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Às participantes foi informado o objetivo do estudo e a finalidade dos resultados. Também foram orientadas quanto ao anonimato e a autorização em participar

do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que poderia ser retirada no momento em que desejassem. .

Esta pesquisa atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais preservando a autonomia dos sujeitos, com a devida ponderação entre riscos e benefícios, garantindo a não-maleficência e reafirmando sua relevância social com a finalidade de contribuir para transformações sociais.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Optou-se por apresentar resultados e discussão em quatro tópicos. O primeiro destes, intitulado *‘Cenário do estudo: observação da dinâmica do serviço’* resgata informações acerca da estrutura física do CAPSad, equipe técnica e dinâmica de atendimento no Serviço. No segundo tópico, *‘As participantes do estudo e suas histórias: a título de apresentação’*, caracteriza-

se as mulheres quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, além de serem narradas, brevemente, suas histórias de vida. Em seguida, foram utilizados relatos, colhidos na entrevista, e produções do tipo artísticas, elaboradas no grupo operativo, na tentativa de aproximar-se da *'Vivência de ser mulher e drogadita'*. Por fim, o tópico *'Mulheres, serviços de atenção à saúde e outras redes sociais de apoio: a acessibilidade e a integralidade como utopia'* aprofunda-se na acessibilidade da mulher ao CAPSad, na fragilidade na articulação do CAPSad com outras unidades de saúde e redes sociais de apoio e na assistência recebida pela mulher drogadita na perspectiva da integralidade.

## **5.1 - Cenário do estudo: observação da dinâmica do serviço**

A descrição do cenário do estudo teve como referencia anotações feitas no diário de campo e a observação da dinâmica do serviço, daí emergindo duas subcategorias contendo informações relativas ao *setting* do estudo: contexto do CAPSad - estrutura física, ambientes, equipe técnica; dinâmica de atendimento com foco na assistência prestada às mulheres usuárias.

### **5.1.1 - Estrutura física do CAPSad e equipe técnica**

Contextualizando-se o CAPSad no território municipal é importante informar que este serviço estava localizado na Regional III do município de Fortaleza – CE, o qual encontra-se subdividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER).

Dezesseis bairros integram a Regional III, abrangendo uma área de 2.777,70 km<sup>2</sup> e estimativa populacional de 439.842 habitantes. Estes bairros apresentam peculiaridades como: densidade populacional de 143 habitantes/há; 50% da população é formada por pessoas com idade igual ou inferior a 28 anos; terceiro menor índice de analfabetismo e quarta colocação em relação aos rendimentos familiares entre as demais regionais municipais; média de 4,12 habitantes por domicílio; 85,81% dos domicílios atendidos pela rede geral de água; é a regional com menor número de distritos policiais (dois) e proporção mais elevada de habitantes por delegacia - 150 mil pessoas para um Distrito Policial (FORTALEZA, 2014a).

No âmbito da Educação, a Regional III conta com uma escola federal, 29 escolas estaduais, 38 escolas municipais e 148 escolas privadas; e sedia o Campus da Universidade Federal do Ceará. Quanto à Saúde, existem 16 Unidades Básicas de Saúde, sete hospitais, um CAPS Tipo II, um CAPSad Tipo II e um CAPSi Infanto-juvenil, todos sediados no bairro Rodolfo Teófilo (FORTALEZA, 2014a).

O CAPSad da Regional III foi o primeiro a ser inaugurado no município de Fortaleza, em 2005, na gestão da prefeita Luiziane Lins, ligada ao Partido dos Trabalhadores (PT). Em seus dois mandatos seguidos (2005-2008 e 2009-2012) foram inaugurados os outros cinco CAPSad que o município dispõe, sendo dois deles Tipo III e um Centro de Referência e Prevenção ao crack e outras drogas.

O CAPSad da Regional III desenvolve suas atividades, localizado à Rua Frei Marcelino, nº 1191, no bairro Rodolfo Teófilo, de segunda a sexta, de oito às dezessete horas. De acordo com a Empresa de Transporte Urbano de Fortaleza (Fortaleza, 2014b), pelo menos catorze linhas de transporte (ônibus ou vans) percorriam um itinerário com proximidade ao serviço de saúde.

O Serviço funciona em um estabelecimento com dois pavimentos: no térreo havia sala de espera, administração, almoxarifado e sanitários; no pavimento superior, farmácia, posto de enfermagem, salas de atendimento individual e grupal, sala de observação e banheiros. Não havia no CAPSad área externa para oficinas, recreação e esportes e, apesar de dispor de refeitório, não eram ofertadas refeições regularmente, de acordo com o tempo de permanência de cada usuário na unidade.

Em relação à estrutura física, o CAPSad atendia, em parte, as proposições da Portaria GM/MS n. 3.088/2011 e da Resolução RDC n. 50 da ANVISA (Brasil, 2013). Nem todos os espaços do serviço de saúde estavam acessíveis para pessoas com deficiência: ausência de rampas, corrimãos, piso e sanitários adaptados. Também não havia sala própria para reunião da equipe, rouparia, abrigo de recipientes de resíduos e abrigo externo de resíduos sólidos.

Observou-se que algumas características da estrutura física do CAPSad (possibilidade de circulação de pessoas, interferência de ruídos, ventilação na unidade, condições dos consultórios e das salas destinadas às atividades grupais, temperatura nos ambientes, ausência de veículo para atividades extramuros) interferiam no modo como os profissionais desenvolviam suas práticas.

Desse modo, as atividades desenvolvidas pela equipe pareciam centrar-se na própria unidade de saúde, explorando-se pouco as possibilidades de articulação com demais dispositivos da rede de atenção psicossocial e dispositivos informais da rede social de apoio, além de atividades como visitas domiciliares.

A adequada infra-estrutura física de uma unidade de saúde é essencial para garantir a acessibilidade e a eficiência na prestação de serviços e, assim, reafirmar o compromisso com a integralidade da assistência em saúde. Pelo fato dos CAPSad serem, muitas vezes, os serviços que primeiro acolhem pessoas em situação de dependência química – antes mesmo da atenção básica em saúde - se faz necessário dispor de recursos físicos e estruturais compatíveis com essa proposta e com a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

Os projetos arquitetônicos e de ambiência dos CAPS devem estar adequados às realidades locais, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares e pessoas das redes sociais. Devem, ainda, promover relações e processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da rede de atenção psicossocial, caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas (BRASIL, 2013).

Ressalte-se que as práticas desenvolvidas em CAPS devem transpor os limites de sua estrutura física e acontecer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na comunidade. Nesses serviços, os projetos terapêuticos precisam integrar um movimento que procure suporte social para reforçar suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Quanto à equipe técnica, o CAPSad contava com dois Enfermeiros, dois Técnicos de Enfermagem, quatro Médicos (dois generalistas e dois psiquiatras), dois Terapeutas Ocupacionais, dois Farmacêuticos, dois Psicólogos, dois Assistentes Sociais e onze profissionais de nível médio. Cabe ressaltar, também, a presença de estudantes de graduação e pós-graduação (*lato sensu* e *strictu sensu*), residentes, estagiários e docentes, fato que denotava a utilização do serviço de saúde como cenário de práticas para formação de profissionais, em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS. No Serviço havia a



presença constante de profissionais da guarda municipal. A equipe de profissionais era formada, majoritariamente, por mulheres.

No que diz respeito à composição da equipe técnica, o serviço contemplava a Portaria 336 de 2002 – que dispõe sobre a equipe mínima para atendimento -, ou seja: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas. A referida Portaria estabelece, ainda, que são necessários seis profissionais de nível médio (técnico e ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) e quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que, durante o período em que se realizou a pesquisa de campo, ocorreram - nos cenários municipal e estadual -, vários eventos de ordem política-partidária (eleições, ascensão de um novo partido político na gestão municipal, entre outros) que culminaram em mudanças no funcionamento CAPSad. Aos poucos, a composição da equipe técnica foi alterada, com demissões, transferências e novas admissões de funcionários. Em diversas ocasiões observou-se reclamação, por parte dos usuários, alusivas à perda de vínculo com profissionais com os quais já mantinham relacionamento há algum tempo.

O CAPSad, também, passou por reforma em sua estrutura física e recebeu nova pintura, além de renovação de instalações elétrica e hidráulica. O odor forte de solventes e os ruídos constantes obrigaram o cancelamento dos atendimentos individuais e grupais em alguns dias.

É importante destacar que, historicamente no Estado do Ceará, quando há mudança na gestão municipal, e principalmente de caráter político-partidária, ocorrem muitas implicações no funcionamento dos serviços públicos como um todo. Na área da saúde, tais transformações comprometem a reputação do SUS perante cidadãos e servidores públicos enquanto partícipes dos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. A descontinuidade administrativa e as oposições de forças de coligações políticas ou grupos partidários, findaram por aumentar a vulnerabilidade do sistema de saúde, atingindo a rede de atenção e repercutindo na efetividade, eficiência e eficácia da gestão.

Em síntese, esperava-se que o momento de transição e as promessas de mudanças trouxessem melhorias na assistência, mas, o modo como era colocado em prática prejudicava o compromisso com a integralidade. Os esforços eram perceptíveis, porém, ínfimos se for considerado, por exemplo, o território de abrangência pelo qual o CAPSad da Regional III era responsável.

Mesmo com a reforma arquitetônica e substituição no quadro de profissionais, o atendimento a demanda da população que buscava assistência se mostrou extremamente prejudicada. Junto a esta situação de precariedade na assistência soma-se a demanda reprimida, carente de atenção e que não era contemplada pelo Serviço.

Com base no cenário observado e descrito, torna-se premente pensar em formas de promover a acessibilidade e a integralidade, por meio de estratégias, tais como: adequar a estrutura física da unidade, respeitando-se as pessoas em suas singularidades, possibilidades e limitações; ampliar o quadro de profissionais com formação adequada para atuação na área; desenvolver parcerias com universidades, possibilitando a utilização do campo no processo ensino-aprendizagem; transversalizar as ações de saúde mental em outros serviços de saúde para reduzir a demanda que chega ao Serviço; ampliar a rede de atenção com implantação de mais CAPSad e de outros dispositivos de atenção e apoio ao dependente químico; fortalecer o trabalho interdisciplinar e as ações intersetoriais.

### **5.1.2 - Dinâmica de atendimento**

A entrada dos usuários no CAPSad se dava de forma espontânea ou referenciada. Era notória a pouca quantidade de mulheres no serviço se comparada à quantidade de homens.

As mulheres que buscavam o serviço pela primeira vez agendavam o acolhimento, na recepção, conforme disponibilidade de dia e horário. O acolhimento destas era feito individualmente por algum profissional de nível superior – exceto médicos e farmacêuticos - conforme escala pré-estabelecida, visando elaborar o projeto terapêutico singular. Eram coletados dados pessoais, histórico de uso de drogas e busca de tratamento para que fosse elaborado o projeto terapêutico individual. Foram observadas algumas tentativas de

profissionais de facilitar o acesso das usuárias a outros tipos de serviço (UBASF, Centro de Referência de Assistência Social, hospitais), quando necessário, por meio da escrita de 'bilhetes informais' de encaminhamento ou preenchimento de formulários de referência.

Usuárias com prontuário cadastrado no SAME (Serviço de Arquivo Médico Estatístico), e que retornavam ao serviço de saúde após um período de recaída, eram acolhidas individualmente ou em grupo para a elaboração de um novo projeto terapêutico.

A procura por atendimento em um CAPS pode se dar espontaneamente ou por encaminhamento do Programa de Saúde da Família (PSF) ou por qualquer serviço. A pessoa pode comparecer sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. O objetivo no primeiro contato é compreender a situação, da forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas, não é o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí se constrói, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2004b).

Projetos terapêuticos nos CAPS se constituem no conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço de saúde, desde a admissão até a alta. Inclui-se o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados às características da clientela, visando compatibilizar a proposta de tratamento com as necessidades dos usuários e de suas famílias. Envolve, ainda, sistemas de referência e contra-referência que ofereçam ao usuário a possibilidade e oportunidade de acesso aos diferentes níveis de atenção em saúde, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico, visando o alcance do princípio da integralidade da assistência (JARDIM *et al*; 2009).

Na sala de espera do CAPSad não haviam iniciativas dos profissionais no que diz respeito ao desenvolvimento de atividades que promovessem o cuidado para os que aguardavam atendimento. Neste ambiente as mulheres raramente compareciam acompanhadas. As mulheres, em geral, permaneciam mais distantes dos demais usuários do serviço, ao contrário dos homens que,

visivelmente, interagem mais entre si. Quando compareciam ao serviço acompanhadas de crianças, observava-se dificuldade das mulheres em participar das atividades propostas em virtude das demandas de cuidado para com essas.

Salas de espera revelam-se como um espaço dinâmico, que envolvem questões culturais, singulares, coletivas, e possibilitam a interação entre o saber científico e o popular. A clientela feminina é diferenciada e nesse momento de espera no CAPSad seria possível entendê-la na sua singularidade para lidar com aspectos referentes ao abuso de substâncias psicoativas e dependência química.

De acordo com Forteski, Raduenz e Sachetti (2013) procedimentos nas salas de espera de CAPSad podem funcionar como uma estratégia alternativa de acolhimento e psicoeducação para usuários, desde que a sua função e a extensão ética da sua operacionalização sejam discutidas periodicamente pela equipe de saúde. Segundo Souza *et al* (2011), aguardar o atendimento pode se transformar em um momento útil. Na utilização adequada da sala de espera há benefícios para os usuários como: transmissão de informações sobre a doença com a qual convivem, promoção da expressão de sentimentos, diminuição do uso por medicamentos e consultas desnecessários, além de diminuição do estresse causado pela espera prolongada.

Na recepção do serviço de saúde notou-se, ainda, que as mulheres verbalizavam frequentemente o interesse por: encaminhamento para unidade de desintoxicação, atendimento individual com profissional de medicina, grupo de apoio para tratamento do tabagismo, grupo de apoio para familiares de dependentes químicos e, massivamente, prescrições de medicamentos e aquisição de psicotrópicos (antidepressivos estabilizadores de humor e ansiolíticos principalmente).

Por diversas vezes, as usuárias que adentravam a recepção reclamavam do acesso e da escassez de ações de saúde mental em serviços de atenção básica. A insatisfação associava-se com a ausência de profissionais ou inabilidade de alguns destes para atender a demanda, filas, distribuição de senhas e falta de medicamentos. Algumas mulheres buscavam o CAPSad única e exclusivamente para receber medicamentos psicotrópicos na farmácia que o serviço dispunha.

A terapêutica medicamentosa consiste em uma das modalidades que podem ajudar no processo de tratamento da dependência química. Segundo Carvalho e Dimenstein (2003), ansiolíticos e antidepressivos são os mais utilizados entre as substâncias psicoativas pelas mulheres, depois do álcool e do tabaco. O uso dessas substâncias na atualidade ocorre geralmente de forma indiscriminada. Seu consumo pode acarretar alterações no comportamento, levar à dependência psíquica e/ou física, resultando muitas vezes em complicações pessoais e sociais graves.

Para Guarido (2007), a ação de um conjunto de fatores teve por efeito a perda da noção de sentido/significado dos sintomas e dos sofrimentos subjetivos, própria da psiquiatria clássica, e a crescente medicalização dos indivíduos na sociedade contemporânea. Dentre os fatores estão: a padronização de sintomas trazida pelas sucessivas publicações de manuais diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, os resultados de pesquisas na neurociência - que tentam fundamentar o funcionamento psíquico em bases orgânicas - e o grande desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos, fruto de maciços investimentos financeiros.

Todos os profissionais de nível superior - exceto Farmacêuticos - realizavam atendimento individual previamente marcado na recepção ou conforme a necessidade do caso. Foram observadas duas consultas psiquiátricas e duas de enfermagem, visto que eram bastante solicitados dentre os demais atendimentos individuais. Nas consultas, os profissionais investigavam os aspectos sociodemográficos, o histórico de uso de drogas e busca por tratamento; monitoravam os sinais e sintomas referidos; e identificavam alterações no humor e na ansiedade das mulheres. Os profissionais utilizavam, com maior frequência, pressupostos de redução de danos e prevenção de recaídas como forma de intervenção na abordagem às usuárias.

A demanda de pacientes para a consulta médica era significativa. Talvez, se os profissionais de medicina realizassem atendimentos em grupo, haveria repercussões positivas nas filas e no tempo de espera por uma consulta, na duração do atendimento na consulta e superlotação da unidade.

. Nas consultas médicas traçava-se diagnóstico e prescrevia-se medicação psicotrópica, caso o profissional julgasse necessário. Nas consultas

de enfermagem eram abordados aspectos relativos ao autocuidado, redução de danos, prevenção de recaídas e estímulo para a abstinência. Em nenhuma consulta realizada por enfermeiros foi desenvolvida a sistematização da assistência de enfermagem.

Uma pesquisa etnográfica realizada em um CAPS por Dias (2011), com profissionais, pacientes e seus respectivos familiares, apontou que psiquiatras eram percebidos como profissionais isolados dos demais técnicos do serviço. Existiam duas noções presentes no discurso de toda a equipe técnica com relação aos profissionais médicos: o serviço prescindia destes para ser gerido e na ausência destes, técnicos preenchiam receitas para que profissionais de medicina de outros serviços de saúde apenas assinassem carimbassem as mesmas.

Para acolher usuários de drogas em serviços de saúde e lhes ofertar um cuidado integral, a Política Nacional de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas prevê não apenas a composição de uma equipe multiprofissional, mas, também, a atuação de caráter interdisciplinar. As diversas disciplinas que compõem o campo da saúde mental interagem de diversas formas. Na perspectiva da multidisciplinaridade as disciplinas se sucedem em suas leituras e intervenções da realidade. A interdisciplinaridade pressupõe a interação entre as disciplinas, criando um núcleo comum de saberes e práticas, e mantendo áreas características de cada uma. Na prática da atenção psicossocial é importante cabe diferenciar as interrelações entre disciplinas do saber e entre categorias profissionais. Uma abordagem de caráter interdisciplinar pode ocorrer entre profissionais da mesma categoria e, por outro lado, uma equipe com diferentes categorias profissionais não é necessariamente multi ou interdisciplinar (BRASIL, 2003).

Desse modo, é relevante a instrumentalização dos profissionais para o trabalho interdisciplinar, visando o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental na comunidade, considerando-se as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Patriotia (2011) é um dos autores que reforça a importância de uma formação dos profissionais inseridos no campo da saúde mental transformadora das práticas na perspectiva da desinstitucionalização, nos princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, na prática, ainda existem desafios a serem enfrentados. Segundo Rocha (2005), a realidade nacional no campo da Enfermagem, por exemplo, carece de cursos de Especialização e Residências em Saúde Mental e, além disso, nem todos aqueles que existem preparam tal profissional para atuar em CAPS na perspectiva da integralidade da assistência.

Com relação ao atendimento em grupos, além dos Médicos, Farmacêuticos não se engajavam no desenvolvimento destas atividades. Havia variedade nos tipos de grupo ofertados pela equipe técnica, propostas com diferentes objetivos e para clientela distintas. Vale ressaltar que era baixa a frequência de mulheres nos grupos e que não havia atividade grupal voltada exclusivamente para o público feminino.

Foram observadas sete atividades coletivas: dois grupos de apoio voltado para tabagistas, dois grupos de apoio direcionados aos familiares dos usuários do serviço e três oficinas de expressão artística. Foram escolhidas tais em virtude do interesse em participar manifestado pelas mulheres na sala de espera.

O grupo de apoio para pessoas com interesse no tratamento do tabagismo era coordenado por uma Psicóloga e uma Enfermeira. Foram acompanhados dois encontros coletivos, em duas semanas distintas. Nas duas situações predominaram mulheres entre os participantes. Os encontros ocorriam semanalmente, com duração de cento e vinte minutos. Nas reuniões havia espaço para expressão de experiências relativas ao hábito de fumar e suas consequências. As falas dos participantes mulheres eram embasadas pela psicóloga nas informações contidas em manuais elaborados pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer (INCA). A Enfermeira permaneceu em silêncio nos dois encontros.

Neste grupo as mulheres sentavam-se próximas umas das outras e pouco falavam sobre suas experiências. Quando verbalizavam, mencionavam temas como hábito de fumar; eventos estressores na vida; queixa de dores, ansiedade, solidão, tristeza, desejo incontrolável de usar cigarros; facilidades e dificuldades para realizar o tratamento; dificuldades em obter atenção integral à saúde, cuidados com a saúde através da marcação de consultas e realização de exames; preocupação com a família; vivência de comorbidades (alcoolismo e depressão); tratamento em CAPS; planejamento para deixar de fumar; interesse em utilizar medicamentos e adesivos de nicotina, cogitando-se a automedicação.

A psicóloga provocava discussões, nestes momentos, sobre outras formas de lidar com a ansiedade causada pela ausência do cigarro como a massoterapia.

As oficinas de expressão artística eram coordenadas semanalmente por uma Terapeuta Ocupacional. Algumas vezes, notou-se certa fragilidade no planejamento, embasamento teórico e condução da atividade, fato que levantava a necessidade de maior qualificação profissional para lidar com a abordagem grupal. Além disso, a escassez ou ausência de materiais para as oficinas artísticas forçava improvisos que repercutiam no desenvolvimento da atividade proposta. Apesar dos encontros promoverem interação, divertimento e ajuda mútua entre os participantes, parte das mulheres dispersava-se ou ausentava-se da sala ao longo da reunião. Algumas abandonavam a atividade para comparecer às consultas médicas marcadas para o mesmo horário do grupo. Outras participantes sequer justificavam sua saída. A profissional que mediava a atividade não intervia de modo a implicá-las em tal atitude e isto dificultava a reunião dos integrantes do grupo ao final da atividade proposta e obtenção de um *feedback*.

Quando as ações coletivas são desenvolvidas com o devido planejamento e respaldo teórico-metodológico, existe a possibilidade de promover sociabilidade, intermediação de relações, manejo de dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (BRASIL, 2013).

Para Borges (2012), atendimentos em grupo constituem um tipo de atendimento privilegiado, que podem minimizar a sensação de isolamento e lidar com a exclusão e a discriminação em que vivem pessoas com a dependência química.

A vivência de Ribeiro, Azevedo e Turato (2013) em serviços de saúde especializados no tratamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, permitiu-lhes observar a quantidade maior de homens do que mulheres em atividades grupais, sendo mais frequente o abandono por parte das mulheres. Evidenciou-se, também, que estas interagem menos nos grupos, falando quando estimuladas e demonstrando certo enfado com as falas dos companheiros homens.



O grupo de apoio direcionado aos familiares de dependentes químicos era coordenado por uma assistente social, com ajuda de estagiários, tinha duração média de noventa minutos e baixa frequência de participantes. Nos dois encontros observados compareceram apenas três participantes, sendo todas mulheres familiares de homens dependentes químicos em tratamento no CAPSad. Nas reuniões foram abordados conceitos de drogas psicoativas, classificação, efeitos das mesmas no sistema nervoso central e padrões de consumo de substâncias.

Nos dois encontros deste grupo as mulheres manifestaram desejo de saber como cuidar dos familiares dependentes químicos; falaram das dificuldades de convívio com os mesmos (comportamento agressivo, conflitos, violências, chantagens para adquirir drogas, surgimento doenças, necessidade de internação hospitalar); e destacaram o grupo como ambiente de apoio, promotor da expressão de sentimentos e identificação com os relatos expostos. Apesar de terem sido notórios o sofrimento das mulheres que conviviam com os dependentes químicos, a expressão da co-dependência e o adoecimento mental, em nenhum momento eram abordadas as necessidades e demandas de saúde específicas destas. Algumas vezes, a coordenadora do grupo deixou claro que não sabia responder determinados questionamentos a respeito das demais atividades grupais ofertadas no CAPSad, o que poderia denotar – uma vez mais - fragilidade no trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade.

A família é parceira imprescindível no tratamento de dependentes químicos. Com o convívio direto com o uso abusivo de drogas por parte de alguns de seus membros, a organização familiar passa a vivenciar dificuldades ao lidar com essa problemática. A abordagem grupal pode ajudar estes familiares manifestarem o comportamento co-dependente por meio do sofrimento, dor emocional e adoecimento físico e psíquico, refletidos em respostas múltiplas - medo, desconfiança, culpa, excesso de cuidado/controle para com o outro e descuido para consigo e mudanças no estilo de vida (MORAES, 2008).

Azevedo e Miranda (2010) consideram a abordagem grupal relevante no apoio à família que precisa de atenção à saúde e como forma de participação desta no CAPSad, caminhando na direção de um atendimento em saúde que

vislumbra o eixo familiar enquanto unidade de cuidados, pensado e idealizado ante os princípios e diretrizes que regem o SUS.

É importante destacar o importante papel das mulheres no apoio familiar e social, além da oferta de cuidados no decorrer do processo saúde-doença de homens dependentes químicos. Esse apoio é o suporte emocional ou prático dado na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro que beneficia quem o recebe e quem o oferece. Assim, o gênero masculino de certa forma depende do feminino, por exemplo, no cuidado à saúde e obtendo fatores de proteção relativos a uma variedade de agravos e doenças. Porém, o inverso não é comum nem ocorre do mesmo modo.

Observou-se que os atendimentos em grupo ocorridos no CAPSad, poderiam representar um recurso terapêutico para as mulheres desde que oportunizassem sua expressão e escuta, constituindo-se, o que contribuiria para a integralidade à medida que fortaleceria a mesma como protagonista das ações do serviço de saúde.

Durante o período de observação, a equipe técnica não desenvolveu atividades em parceria com outras instituições de inserção social, formação profissional, lazer, esportes, passeios terapêuticos, entre outros. As práticas desenvolvidas pelos profissionais limitavam-se aos muros da própria unidade, havendo no máximo, encaminhamentos de referência e contra-referência para outros serviços públicos.

Um fator que traz obstáculos à integralidade é a ausência de articulação em uma perspectiva de rede para o desenvolvimento de ações intersetoriais e atividades que transponham os muros do CAPSad (visitas institucionais, visitas domiciliárias, busca ativa de pacientes, parcerias com outros dispositivos comunitários, entre outros), sendo importante destacar a comunidade como parceira nesse processo, numa lógica de co-gestão e co-responsabilização, por meio de estímulos ao controle social (assembleias de usuários, familiares e equipe) por exemplo.

O texto da Lei 10.216, de 2001, ratificou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – incluindo-se os que vivenciam transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e o direito à

assistência integral, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais que considerem as desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as ações às necessidades da população (BRASIL, 2013).

Além da ausência de ações intersetoriais, a equipe técnica não realizava assembleias com usuários, familiares e gestores; busca ativa de pacientes; visitas domiciliares e atividades de supervisão clínica. Somados a esse cenário, a escassez de insumos, as ações centradas na própria unidade, a falta de exploração dos recursos existentes no território de abrangência, a ausência de ações intersetoriais, as poucas trocas entre os saberes dos profissionais e a falta de integração da equipe, a supervalorização do medicamento como recurso terapêutico foram indicadores de que a dinâmica de atendimento no CAPSad era incongruente com o princípio da integralidade.

As mulheres eram atendidas, predominantemente, por Médicos, individualmente, e faziam uso de medicamentos psicotrópicos adquiridos na farmácia do serviço. Havia pouca participação de mulheres nos grupos, fato que conferia ao atendimento que lhes era ofertado uma característica ambulatorial, individual e médico-psiquiátrico.

A atuação da equipe multiprofissional do CAPSad, na mesma estrutura física e com a mesma clientela, não garantia o direcionamento de trabalho interdisciplinar e intersetorial visando a assistência integral. As atividades, muitas vezes, eram realizadas de forma isolada, desarticulada e sem comunicação. Processos de trabalho que permitissem a interação entre profissionais, na construção de um projeto comum, poderiam favorecer a integralidade do cuidado à saúde e promover o bem estar dos usuários e da equipe de saúde.

Em síntese, o *setting* de investigação revelava-se como um espaço rico em situações, eventos e pessoas que poderiam influenciar positivamente no modo de vida e de trabalho. A contextualização desse ambiente na perspectiva geográfica, política e sociocultural permitiu reconhecer elementos latentes que poderiam aproximar ou não a mulher ao CAPSad e interferir na integralidade assistencial. Apesar de ter sido notória a busca de mulheres pelo acompanhamento no serviço especializado a dinâmica de atendimento carecia de um olhar direcionado à singularidade feminina.

## 5.2 - As participantes do estudo e suas histórias: a título de apresentação

Nesta categoria são apresentadas as mulheres participantes do estudo no que diz respeito ao perfil sociodemográfico e clínico, assim como, também, suas histórias de vida. Os achados denotam peculiaridades no uso de drogas entre mulheres e sinalizam interfaces entre o uso de drogas e o ser mulher.

### 5.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

Os dados sociodemográficos das mulheres encontram-se organizados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo a caracterização sociodemográfica (N=17). Fortaleza – CE, 2014.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>f</b>
<b>Idade (em anos)</b>	
26 – 29	3
30 – 39	3
40 – 49	7
≥ 50	4
<b>Estado civil</b>	
Solteira	10
Em união estável	4
Viúva	3
<b>Ocupação</b>	
Desempregada	14
Aposentada	2
Faxineira	1
<b>Escolaridade</b>	
Analfabetismo	2
Ensino fundamental incompleto	8
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	3
Ensino médio completo	2
Ensino superior	1
<b>Fontes de renda</b>	
Prostituição	3
Roubos	1
Tráfico	2
Aposentadoria	2
Não informou	9
<b>Condição de moradia</b>	
Residência (própria ou alugada)	10
Moradora de rua	7
<b>Vínculo familiar</b>	
Presente	10
Ausente	7

A média de idade das mulheres era de quarenta e quatro anos. De acordo com a Tabela 1, a maioria estava solteira, encontrava-se desempregada e não

tinha renda financeira fixa. A baixa escolaridade foi notória. A maioria das participantes não havia concluído o ensino fundamental e estava desempregada.

A prostituição foi citada por, pelo menos, cinco mulheres como prática para aquisição de dinheiro. Pedir dinheiro nas ruas, roubar, traficar e utilizar a renda familiar, também, foram citados como meio de aquisição de dinheiro. Este era utilizado, muitas vezes, na compra de drogas psicoativas.

Apesar da maioria das mulheres residirem em casa própria ou alugada, sete encontravam-se em situação de moradia de rua, vivendo em condições de extrema pobreza, sem vínculo com familiares e pouco acesso a bens materiais e apoio social. As moradoras de rua escolhiam seu espaço de moradia com base em critérios como: possibilidade de manter-se acompanhada de outras pessoas; proximidade ao CAPSad; sensação de segurança (proximidades a unidades policiais); oferta gratuita de alimentos (praças públicas e mercado municipal); oportunidade de manter a higiene e realizar as necessidades fisiológicas (locais com banheiros públicos, serviços públicos de saúde e assistência social).

A população de rua é compreendida como um conjunto de indivíduos sem trabalho, sem casa, que utilizam a rua como espaço de sobrevivência e moradia. Estudo realizado por Botti *et al* (2009) com 245 pessoas moradoras de rua, em Belo Horizonte - MG, revelou a presença de vários problemas de saúde - principalmente os relacionados ao uso de drogas -, uso de psicofármacos e maior frequência em serviços de saúde mental, destacando-se aqueles voltados para o tratamento da dependência química.

A maioria das mulheres experienciou separações e conflitos interpessoais significativos com pelo menos um parente próximo. Catorze compareciam ao CAPSad desacompanhada. Tais achados, somados à baixa frequência dos familiares em atividades propostas pelos profissionais do serviço de saúde, podem sugerir um cenário de pouco apoio familiar no tratamento da dependência química.

Elbreder *et al* (2008) caracterizaram o perfil de 192 mulheres que realizavam tratamento na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período de 2000 a 2006, e perceberam que o tipo de droga e a quantidade consumida permeavam a progressão dos problemas associados e a motivação para o tratamento. Foram identificados altos índices de usuárias de drogas vivendo sozinhas ou separadas

reforçaram que a evolução da doença culminava com o rompimento de laços familiares. As mulheres apresentaram pouco apoio da família ou amigos para iniciar um tratamento e as perdas pessoais, sociais e profissionais foram preditivas para a entrada no tratamento.

Segundo Nóbrega e Oliveira (2005) o apoio familiar é, de fato, um fator importante para a busca pelo tratamento. Em uma pesquisa desenvolvida com 13 mulheres em tratamento em ambulatório especializado para dependência química, os autores não identificaram relatos de família e/ou amigos como incentivadores na tomada de decisão para tratamento, mas a busca ocorria em função do sofrimento devido às críticas dessas pessoas.

O perfil clínico das participantes do estudo encontra-se disposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características clínicas (N=17).  
Fortaleza – CE, 2014.

<b>Características clínicas</b>	<b>f</b>
<b>Idade de início do uso de droga psicoativa (em anos)</b>	
<12	3
12 – 18	11
>18	1
Não soube informar	2
<b>Primeira droga psicoativa usada/experimentada</b>	
Álcool	9
Tabaco	3
Álcool e outras drogas	5
<b>Prejuízos ou sofrimentos recorrentes e significativos relacionados ao uso</b>	
Negligência de obrigações importantes no trabalho	6
Negligência de obrigações importantes em casa	5
Negligência de obrigações importantes na escola	1
Negligência no cuidado com filhos	2
Conflitos interpessoais	8
Perigo para a integridade física	8
Problemas legais	2
<b>Motivo para a busca do tratamento no CAPSad</b>	
Alcoolismo	5
Dependência do <i>crack</i>	5
Dependência de múltiplas drogas	6
Não informou	1
<b>Objetivo no tratamento</b>	
Encaminhamento para internação em unidade de desintoxicação	3
Abstinência	7
Tratamento para dependência de múltiplas drogas	3
Tratamento de queixas secundárias	2
Não informou	2

Conforme a Tabela 2, o primeiro uso de drogas ocorreu, predominantemente, na infância e adolescência, sendo o álcool a primeira droga experimentada por catorze mulheres.

O uso cada vez mais precoce de álcool entre mulheres pode implicar graves repercussões clínicas particulares ao longo do tempo. Tais particularidades superam o âmbito psiquiátrico, entendendo-se à esfera ginecológica e obstétrica (ciclos menstruais irregulares, amenorréia, ciclos anovulatórios e prejuízos para o desenvolvimento fetal), endocrinológica (hiperandrogenismo, aumento de massa gordurosa abdominal e pseudo-Cushing), além das relações entre o consumo de álcool, osteoporose e terapêutica de reposição estrogênica (NOVAES *et al*, 2000).

Dentre os motivos que emergiram das falas para o primeiro uso de drogas psicoativas destacaram-se: identificação, curiosidade, diversão, socialização, diminuição da ansiedade e do humor deprimido. Em oito relatos havia referência explícita acerca da influência e do incentivo de familiares ou parceiros sexuais do sexo masculino (pai, filho ou primo) no início do consumo de substâncias.

Sobre as razões referidas para uso de drogas por mulheres, Silva (2005) destaca a ocorrência de eventos significativos, depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares, além de problemas de saúde. Outro aspecto importante é que mulheres usuárias de drogas ilícitas, em geral, são apresentadas às mesmas pelos parceiros sexuais e estes são os fornecedores da substância, assim como o padrão de consumo delas e os problemas decorrentes do uso são fortemente influenciados por eles.

Os discursos, também, permitiram perceber o modo como o abuso de drogas foi, processualmente, se fazendo presente na vida das mulheres a ponto destas vivenciarem situações de abandono dos estudos, indisposição para o trabalho, demissões de empregos, negligência nas atividades cotidianas no domicílio (limpeza da casa e preparo da alimentação), negligência no cuidado com a saúde dos filhos, conflitos interpessoais com familiares e parceiros sexuais, detenções por assaltos ou tráfico de drogas, acidentes, traumas, violências física e sexual, abortos, expulsão de casa e mudanças comportamentais etc.

A Tabela 2 revela, ainda, que, apesar do álcool ter sido a primeira droga experimentada pela maioria das mulheres, apenas cinco participantes buscaram

o CAPSad para realizar o tratamento para o alcoolismo. Esses achados podem sugerir que o uso de bebidas alcoólicas pode funcionar como porta de entrada para outras substâncias nos hábitos das mulheres.

Seis mulheres encontravam-se em uso de tabaco, mas, nenhuma realizava tratamento para o tabagismo. Uma pesquisa desenvolvida por Borges e Barbosa (2008), com 14 mulheres participantes de um programa de cessação do tabagismo de um hospital público federal situado no Município do Rio de Janeiro, investigou os significados simbólicos e concretos do fumar feminino. Os resultados evidenciaram o quanto o cigarro esteve imbricado em suas trajetórias sociais e de gênero, desempenhando importante papel de apoio no enfrentamento das inúmeras dificuldades de sobrevivência. O hábito de fumar cigarro relacionava-se com a diminuição da ansiedade e da solidão, além de ser fonte de prazer e relaxamento. O enfoque crítico de gênero evidenciou o quanto a sobrecarga de trabalho, reprodutivo e produtivo, potencializa o fumar feminino. Na assistência à saúde, deve-se levar em conta os complexos entrelaçamentos entre as dimensões sociais e de gênero no estabelecimento da associação do cigarro a um "companheiro".

Dentre os motivos referidos pelas participantes para a busca do CAPSad, o tratamento para o alcoolismo e da dependência do *crack* sobressaíram-se. No que diz respeito ao objetivo no tratamento, destacaram-se o alcance da abstinência e a busca por uma internação hospitalar para desintoxicação respectivamente. As três participantes idosas, por exemplo, objetivavam a abstinência no tratamento para o alcoolismo.

Em estudo clínico-qualitativo realizado com mulheres dependentes de substâncias psicoativas, Ribeiro (2009) identificou a multiplicidade de motivos que levam as mulheres a procurar ajuda. Porém, geralmente, a busca ocorre quando a droga usada passa a ser percebida como algo que oferece grande desprazer ou traz perdas significativas. Mulheres demonstram grande preocupação com o que as pessoas pensam sobre elas e com perdas sociais, tais como estigmatização e desvalorização por parte daqueles que a cercam.

Em relação às idosas alcoolistas, Cruz (2007) afirma que esta é uma população sub-representada nos ambientes de tratamento. O diagnóstico de alcoolismo em idosas se torna difícil por existir vários aspectos que atrapalham a obtenção de dados como, por exemplo, comorbidades psiquiátricas, memória



debilitada e confusão mental. Em geral, mulheres idosas começam a abusar do álcool a partir de um evento significativo, como crise no casamento, desestruturação familiar, saída dos filhos de casa, viuvez e solidão. Vários fatores impedem que as idosas se identifiquem ou procurem ajuda profissional, como discriminação social e baixa capacitação técnica de equipes de saúde para detectar o alcoolismo.

A evolução dos problemas relacionados ao uso de álcool acontece de maneira peculiar nos diferentes períodos do ciclo de vida da mulher. Em geral, as mulheres alcoolistas iniciam o consumo e têm problemas com o álcool em idade mais tardia, consomem quantidades significativamente menores de álcool do que os homens, identificam mais frequentemente um evento estressante como o desencadeador do início de beber excessivo, apresentam mais tentativas de suicídio, têm mais comorbidades psiquiátricas, procuram tratamento em função de problemas de saúde ou familiares, e mais comumente abusam de tranquilizantes e anfetaminas. Quando comparadas às dependentes de álcool, as mulheres com dependência de outras drogas que procuram tratamento: são significativamente mais jovens; procuram tratamento espontaneamente; têm menos relacionamentos estáveis e apresentam mais tentativas de suicídio e transtornos de personalidade (BRASIL, 2012a).

Os achados apontam para a facilidade de acesso à droga psicoativa nos diferentes ciclos da vida da mulher - infância, adolescência, idade adulta e terceira idade -, e revelam que a dependência química repercute em diferentes aspectos da vida das mulheres e não apenas na dimensão orgânica.

O contexto no qual as participantes encontravam-se inseridas caracterizava-se por comprometimentos importantes nos níveis clínico, social e familiar. Tais comprometimentos progrediam à medida que o grau de dependência evoluía e podem ter interferido, junto a outros fatores, na motivação pela busca pelo tratamento e adesão ao mesmo.

Supõe-se que situações como a quebra de vínculos interpessoais em virtude do uso de drogas, desemprego, baixo nível escolar, residir em comunidades carentes ou moradia de rua podem dificultar a busca por ajuda e a realização do tratamento para a dependência química.

## **5.2.2 Um breve histórico de vida das mulheres**

Para a apresentação das participantes do estudo, em forma de síntese descritiva, os nomes das mesmas foram suprimidos, bem como, algumas informações omitidas.

Para identificar cada participante, respeitando-se o sigilo ético, utilizou-se o termo '*Guerreira*', acrescido de um numeral. É importante esclarecer que esta denominação foi inspirada no título atribuído pelas mesmas ao painel elaborado durante o grupo operativo.

Percebeu-se que a capacidade de resistência que as mulheres relataram frente às adversidades - infância e adolescência marcadas por privações materiais; desagregação familiar diversos tipos de violência, inclusive sexual e de gênero; dependência química em familiares – contribuía para que se sentissem como verdadeiras '*guerreiras*'.

A leitura de seus breves históricos de vida reforça que as mulheres, de fato, enfrentavam desafios, permaneciam lutando em uma espécie de guerra, cotidiana e pessoal, para realizar o tratamento e tinham a vitória – mesmo que temporária – como horizonte. Historicamente, a provisão de cuidados em termos de saúde e adoecimento tem sido uma forte característica associada ao feminino. É comum a mulher conduzir a saúde da família e dela mesma.

A seguir apresenta-se cada uma das *Guerreiras*, em uma síntese descritiva que buscou esboçar o perfil pessoal e sociodemográfico destas mulheres.

***Guerreira 1:*** Vinte e sete anos de idade; desempregada; moradora de rua; natural de São Paulo; solteira; sem renda fixa; ensino fundamental completo; agnóstica. Entre os familiares, dois irmãos do sexo masculino também são usuários de substâncias psicoativas. Não convive com a família. A primeira substância psicoativa utilizada foi o álcool, aos dezoito anos de idade. Referiu a curiosidade e o incentivo de amigas como motivos para tal experiência. Histórico de uso de maconha, tabaco, cocaína e benzodiazepínico. Experimentou *crack*, pela primeira vez, aos vinte e cinco anos de idade por incentivo de um parceiro sexual. Sob o efeito de drogas psicoativas negligenciou obrigações no trabalho e no domicílio, sofreu violência física e estupro, foi detida por assalto e vivenciou conflitos interpessoais. Prostitui-se há dois anos, o dinheiro que adquire, em geral, é utilizado para comprar drogas. Procurou ajuda em uma instituição

religiosa (igreja protestante) e em uma UBASF antes de buscar atendimento no CAPSad. Na atenção primária em saúde foi orientada a buscar tratamento neste serviço. Buscou o CAPSad em virtude dos transtornos relacionados ao uso de *crack*. Afirmou: *‘Quando vim para o Ceará, vim para sair do crack. Tenho vontade de voltar para São Paulo, ver meus filhos’*. Almeja internamento hospitalar. Há um mês sendo assistida no CAPSad, com dificuldade de seguir o plano terapêutico no que diz respeito à assiduidade. Participa de atendimentos individuais com profissionais de medicina, enfermagem e serviço social, além de atividades em grupo. Queixou-se de edema e dor no membro inferior esquerdo durante a entrevista em decorrência de violência física sofrida na última vez em que se prostituiu.

**Guerreira 2:** Quarenta e quatro anos de idade, desempregada, em situação de rua, solteira, natural do município de Crateús - CE, ensino fundamental incompleto, católica, sem renda fixa, mãe de dois filhos, mora sozinha. Mãe de um filho usuário de drogas psicoativas. Convívio com outros moradores de rua também usuários de substâncias. Buscou o CAPSad pelas consequências dos transtornos relacionados ao uso de bebida alcoólica e *crack*. Sob o efeito de drogas psicoativas, envolveu-se em conflitos interpessoais, vivenciou perigos à integridade física e sofreu violência física por parte do parceiro. A primeira droga experimentada foi a bebida alcoólica, aos dez anos de idade. Referiu que tal experiência ocorreu devido a vontade de imitar o hábito observado frequentemente no pai. Relatou: *‘Um dia ele (o pai) estava bebendo rum com refrigerante, gelo e limão. Eu vi que ele estava bebendo, também fui beber. Eu era pequena, fiquei embriagada. Ficaram apavorados’*. Histórico de uso de maconha, cocaína, benzodiazepínico, anticolinérgico e tabaco. Há seis meses sendo assistida no CAPSad. Buscou este serviço visando a abstinência. Por dormir frequentemente na rua onde o CAPSad se localiza, ficou sabendo da possibilidade de realizar o tratamento no mesmo. Utiliza neuroléptico e anti-alérgico conforme prescrição médica. Não segue o plano terapêutico no que diz respeito ao acompanhamento diário acordado conjuntamente com a equipe. Participava de atendimentos individuais com profissional medicina, terapia ocupacional e serviço social, além de atividades em grupo.

**Guerreira 3:** Quarenta e oito anos de idade, desempregada, em situação de rua, natural do município de Crateús - CE, solteira, sem renda fixa, ensino

superior completo, protestante, família composta pela mãe e três filhos. Mora sozinha. Procurou o CAPSad a partir da vivência do alcoolismo. Identificação e curiosidade foram os motivos atribuídos à experimentação de bebidas alcoólicas pela primeira vez, aos catorze anos de idade. Há vinte e quatro anos em uso de álcool, relatou experiências de comportamento agressivo, conflitos interpessoais e internação psiquiátrica. Sofreu acidentes, violência física, estupro e vivenciou o estigma da doença. Destacou: *'As pessoas menosprezam a gente. As pessoas começam a desprezar, você perde a confiança e a autoestima. Eu sempre preservava meu corpo, nunca bebi de saia. Menosprezam mais a mulher pois ela se deprava muito. Eu nunca me vulgarizei'*. Permaneceu abstinente do álcool por cinco anos. Em uso atual de tabaco. Realiza tratamento medicamentoso com benzodiazepínico, antiepléptico e antidepressivo. Buscou ajuda no CAPS do município de origem e foi referida para a atual unidade de saúde há dez meses. Procurou ajuda em instituições religiosas (igrejas protestantes) e Alcoólicos Anônimos (AA), onde permanece frequentando. Frequenta o AA e CAPSad com o objetivo de cessar o consumo de álcool. Participa de atendimentos individuais - com médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional - e atividades em grupo. Convive com outros moradores de rua, também usuários de drogas psicoativas.

**Guerreira 4:** Trinta e sete anos de idade, faxineira, recebe um salário mínimo mensalmente, natural do município de Fortaleza, residente no bairro Papicu. Ensino médio incompleto, católica, reside com irmã, mãe e sobrinha. Não possui filho. O abuso de álcool e a cocaína motivaram a busca de tratamento. Usuária de álcool há vinte e dois anos e de cocaína há quatro. Revelou: *'A primeira vez que usei bebida e cocaína foi com meu namorado. Ele cheirava e bebia. Ele dizia para eu experimentar e ver se eu gostava'*. Vivenciou situações de discriminação e conflitos familiares, principalmente com a genitora. Experimentou a primeira droga psicoativa (álcool) aos quinze anos de idade. Buscou ajuda em uma igreja protestante e, depois, foi orientada pela mãe – que realiza tratamento para tabagismo - a buscar ajuda no CAPSad. Há um ano sendo assistida neste serviço de saúde, frequentando-o semanalmente. Participa de atendimentos individuais com psicólogo e psiquiatra, além de grupos laborais com terapeuta ocupacional. Objetiva cessar o uso de álcool e cocaína. Lida com uma amiga também usuária de drogas.

**Guerreira 5:** Trinta anos de idade, desempregada, natural de Fortaleza, residente no bairro São João do Tauape. Em união estável, sem renda fixa, ensino fundamental incompleto, reside em moradia alugada com o cônjuge. Cinco gestações, quatro filhos – todos encontravam-se sob os cuidados da sua mãe. Disse ter experimentado álcool, cocaína e *crack* pela primeira vez, aos dezoito anos de idade, por influência de um parceiro sexual. Relatou ter negligenciado cuidados aos filhos em situações que se encontrava sob o efeito de drogas ilícitas. Afirmou: *'Eu já estava passando muitos dias fora de casa. No meio da rua. Eu me prostituía para comprar'*. Histórico de uso de álcool e cocaína. Em tratamento no CAPSad há cinco anos. Objetiva realizar o tratamento para a dependência a múltiplas drogas. O tratamento no CAPSad foi indicado por um dos irmãos, com histórico de uso de drogas. Frequenta o serviço de saúde semanalmente, participa de atividades em grupos e atendimentos individuais com psiquiatra e psicólogo. Conta com o apoio de familiares no processo de tratamento.

**Guerreira 6:** Vinte e oito anos de idade, desempregada, moradora de rua há dois anos. Natural de Fortaleza, solteira, sem renda fixa, prostitui-se, ensino fundamental incompleto, ateia. Mora sozinha, não mantém contato com os familiares. Verbalizou: *'Para conseguir a droga, eu assaltava para não ter que me prostituir'*. No efeito de substâncias psicoativas vivenciou conflitos familiares, sofreu acidentes, traumas, violência física e estupro. Teve problemas legais por assalto. Usou álcool pela primeira vez aos dezesseis anos de idade e *crack* aos vinte e um, nesta última experiência refere ter sido influenciada por um familiar (primo). Histórico de uso de *crack*, maconha, solvente, cocaína e tabaco. Procurou ajuda em comunidade terapêutica e igrejas protestantes. Buscou o CAPSad em virtude da perda de vínculos sociais e aumento na frequência de assaltos realizados. Foi encaminhada para o CAPSad por outro serviço de saúde mental e permanece em tratamento nesse há oito anos. Frequenta o CAPSad esporadicamente e participa de atividades em grupos e atendimentos individuais. Convive com pai, primos, irmãos e tios usuários de substâncias psicoativas.

**Guerreira 7:** Quarenta e dois anos de idade, moradora de rua, desempregada, solteira, sem renda fixa, ensino médio completo, protestante, natural de Teresina – Piauí, família composta por mãe e três filhos. Mantém

contato com os familiares sempre que possível. Buscou ajuda devido o abuso de *crack*. Negligenciou atividades no trabalho e no domicílio. Conflitos familiares permearam seu discurso, destacando-se aqueles vivenciados com a mãe. Experimentou cigarro pela primeira vez aos nove anos de idade à convite de uma vizinha. Histórico de uso de álcool, benzodiazepínico e maconha. Foi assistida em um serviço de saúde escola em Caxias do Sul - RS, tendo sido referida para o CAPSad. Tem a abstinência como meta de tratamento, mas não frequenta o serviço conforme acordado com equipe no plano terapêutico. Participa de atividades em grupo e atendimentos individuais com psiquiatra e psicólogo. Revelou que várias pessoas com quem convive fazem uso de drogas psicoativas, inclusive o parceiro. Ressaltou: *'O rohypnol deixa a gente elétrico, esquisito. Lava a memória, deixa agitada. O clonazepan deixa tranquilo. Não tira a memória. Já o cigarro não é droga pra mim, é meu alimento. Depois da comida, é ele!'*. Emocionou-se durante vários momentos da entrevista ao relatar sua história.

**Guerreira 8:** Quarenta e três anos de idade, desempregada, protestante, sem renda fixa, residente no bairro Pirambú do município de Fortaleza. Amasiada, prostitui-se, possui ensino fundamental incompleto, é protestante. Mora sozinha, não possui filho. Referiu dependência à múltiplas substâncias: álcool, maconha, cocaína e *crack*. Sob o efeito de drogas psicoativas envolveu-se em conflitos interpessoais. Em uma destas ocasiões, durante uma gestação, foi espancada e sofreu aborto. Emocionou-se ao recordar tais momentos. Revelou ter traficado drogas. Exaltou-se ao informar que foi expulsa de casa pela mãe e que agrediu em parceiro ao descobrir que este mantinha relacionamentos extraconjugais. O uso de bebidas alcoólicas aos doze anos de idade foi associado pela participante ao período de início de prostituição. Histórico de uso de tabaco, maconha, cocaína, anticolinérgico, *crack*. Buscou ajuda profissional devido o abuso de álcool e *crack*. Em abstinência do *crack* há dois meses e em processo de recaídas do uso de maconha e álcool. Não concorda com o uso de medicamentos psicotrópicos por pessoas que se propõem a fazer o tratamento para a dependência química. Disse: *'Não! Eu vou usar outra droga (psicotrópico) para sair do vício?'*. Buscou ajuda em comunidade terapêutica e tem histórico de internação em leito psiquiátrico de hospital clínico. Almeja uma nova internação.

**Guerreira 9:** Vinte e seis anos de idade, desempregada, natural de Maracanaú - CE, não informou a procedência, solteira, ensino fundamental incompleto, agnóstica, reside com familiares – mãe, irmã e sobrinho. Procurou ajuda profissional pelas consequências do abuso de cocaína. Consumiu tal droga pela primeira vez por incentivo de amigos em festas. Vivenciou conflitos familiares e negligenciou obrigações na escola, no trabalho e no domicílio. Destacou que foi agredida física e verbalmente por policiais que a flagraram usando drogas psicoativas. Lamenta-se do estigma vivenciado por ser usuária de drogas: *‘As pessoas não olhavam mais para mim. Estava me sentindo incomodada. Às vezes a gente vinha, na mesma calçada, a pessoa já ficava olhando estranho. Eu me sentia incomodada com aquela situação. Uma vez a polícia chegou a pegar a gente usando drogas, eram mais de vinte pessoas. (Os policiais) me deram uns cascudos, me bateram’*. A bebida alcoólica foi a primeira substância de consumo, aos dezesseis anos. Histórico de uso de LSD, cocaína, maconha, tabaco e solvente. Não buscou outros tipos de ajuda antes de acessar o CAPSad há um mês. Desconhecia este serviço de saúde até que sua irmã indicou. Objetiva cessar o uso de drogas. Frequenta o CAPSad semanalmente e participa de grupo coordenado por assistente social e atendimento individual com psiquiatra. Convive com um sobrinho e dois irmãos usuários de drogas.

**Guerreira 10:** Quarenta e seis anos de idade, desempregada, trabalhou como agricultora. Natural de Quixadá - CE, residente no bairro São João do Tauape, com irmã, dois sobrinhos e marido. Em união estável, ensino fundamental incompleto, católica. Buscou tratamento pelas consequências do uso abusivo de crack, destacando-se o comportamento agressivo. Referiu negligência com obrigações importantes em casa e no trabalho, destacando a indisposição para trabalhar e cozinhar alimentos. Adquiria drogas psicoativas com o salário quinzenal que o companheiro recebia. Falou do medo de tornar-se assaltante para manter o padrão de uso de substâncias. Iniciou o uso de drogas – maconha, álcool e tabaco - aos dezessete anos de idade. Informou o incentivo do parceiro sexual como fator que contribuiu para o início do uso. Histórico de uso de solvente e anticolinérgico. Buscou internação em comunidade terapêutica, mas não pôde custear o tratamento na instituição. Há um mês em tratamento no CAPSad. Falou: *‘Sou viciada em crack. Morava em Jaguaruana (município cearense) e pedi ajuda para a minha irmã. Me senti muito*

*mal pedindo ajuda para ela*'. Frequenta o CAPSad duas vezes por semana e participa de atendimentos individuais com psicóloga e médica, além de atividades em grupo com terapeuta ocupacional.

**Guerreira 11:** Sessenta e três anos de idade, desempregada, residente em casa própria no bairro Maraponga, natural de Fortaleza, viúva, pensionista, ensino fundamental incompleto. O álcool e o tabaco foram citados como as drogas já experimentadas na vida, sendo que a primeira era a de preferência. Há oito anos em tratamento no CAPSad. Participa de atendimentos individuais com psicólogo e psiquiatra e atividades em grupo. Em uso de medicamentos antidepressivos. Mãe de quatro filhos, sendo que dois faleceram por consequências do envolvimento com o tráfico de drogas. Mora com outros dos filhos, também usuário de drogas e que realiza tratamento no CAPSad. Buscou ajuda inicialmente em uma UBASF. Possui comorbidade psiquiátrica (transtorno de personalidade). Afirmou: *'Moro com um filho louco, drogado. Ele é muito trabalhoso. Busquei o CAPS para mim e para ele. Eu bebia muito. Mas também tem programa de acompanhante. Não sou alcoólatra. A doutora me deu alta. Ainda bebo, no fim de semana, todo dia não! E não sou louca. A doutora falou*'.

**Guerreira 12:** Setenta e sete anos de idade, alcoolista em tratamento. Natural de Fortaleza, reside em casa própria na Praia de Iracema com netos e seis filhos. Pensionista, viúva, ensino fundamental incompleto, católica. Mãe de nove filhos. Histórico de cinco abortos. Encaminhada ao CAPSad por uma profissional da atenção básica em saúde. Narrou: *'Numa das consultas (na UBASF) a médica me perguntou se eu era feliz. Eu caí num pranto de choro. Eu disse que não e não consegui parar. Elas pelejaram para eu parar de chorar e eu não parava. Eu disse que não era feliz. Ela me encaminhou para a psicóloga. Lá foi outra crise de choro. Ela me encaminhou para cá. Eu fumava e bebia muito*'. Iniciou o uso de tabaco aos oito anos de idade, o pai pedia para que a mesma 'acendesse cigarros' para que ele fumasse. Usou álcool pela primeira vez aos nove anos de idade, em evento religioso (primeira eucaristia). Em abstinência do álcool há oito meses e do tabaco há um mês. Não usa os psicotrópicos prescritos pelo psiquiatra do CAPSad. Buscou este serviço de saúde em virtude dos frequentes conflitos interpessoais e crises de amnésia alcoólica que vivenciou. Integrante de um grupo AA.



**Guerreira 13:** Quarenta e dois anos de idade, ensino médio incompleto, desempregada, moradora de rua, divorciada. Mãe de dois filhos, não mantém contato com os familiares. Histórico de uso de maconha, tabaco, *ecstasy*, cocaína, *crack*, bebida alcoólica, alucinógenos, medicamentos psicotrópicos. Negligenciou cuidados aos filhos no efeito de drogas psicoativas. Experimentou álcool, tabaco e maconha pela primeira vez aos quinze anos de idade em festejos de carnaval. Iniciou o uso de *crack* aos trinta e sete anos. Falou: *‘Eu fui casada, por mais de quinze anos na Itália, e então houve a separação. Eu usava cocaína, aí me ofereceram crack. Quando me ofereceram crack eu fiquei viciada. Comecei a usar depois da separação’*. Buscou o CAPSad pela primeira vez há três anos para realizar tratamento para dependência de *crack*. Há sete dias em mantém a abstinência desta substância. Almeja internamento para desintoxicação mas encontra dificuldades pois existem poucas vagas disponíveis em serviços públicos.

**Guerreira 14:** Quarenta e um anos de idade, casada, residente em Pajuçara, região metropolitana de Fortaleza, natural de Guaiúba - CE, ensino médio incompleto, protestante. Mãe de cinco filhos, não convive com nenhum deles. Desempregada mas trabalhou como faxineira e se prostituiu. Diz ter buscado uma emergência hospitalar para tratar cefaleias frequentes e alcoolismo. Foi, então, referida ao CAPSad. O primeiro contato com bebidas alcoólicas se deu aos dez anos de idade na companhia de uma amiga, cuja família possuía um bar. História familiar positiva para alcoolismo. O companheiro compareceu ao serviço no dia da entrevista para ajudá-la a deambular, estava há oito dias em recuperação de uma miomectomia uterina. Em uso de medicamentos psicotrópicos (antidepressivo e anticonvulsivante), prescritos em uma emergência psiquiátrica. Relatou: *‘Esse remédio amarelinho já tem mais de vinte anos que o médico passou para mim. Quando eu fico muito assustada, me tremendo, tomo mais remédio do que o doutor manda... Uma vez, eu tentei me matar, tomei o remédio todinho. Uma cartela. Acordei em casa. Ninguém me levou para o hospital não’*. Em decorrência do abuso de álcool negligenciou obrigações importantes no trabalho, vivenciou episódios de amnésia alcoólica e conflitos familiares, principalmente com mãe e companheiros. Consumiu bebidas alcoólicas durante as gestações. O companheiro atual faz uso de bebidas alcoólicas.

**Guerreira 15:** Trinta e quatro anos de idade, desempregada, auxiliar de enfermagem, divorciada, natural de São Paulo, mãe de dois filhos, reside com um deles no bairro Granja Portugal do município de Fortaleza. Compareceu ao CAPSad acompanhada pela filha. *‘Estou fazendo tratamento para deixar de usar crack, e por causa do meu filho. Ele é adolescente e já experimentou droga uma vez. Eu soube, corri para cá. Ele fez uso uma vez. Trouxe ele aqui, conversaram com ele. Ele não usou mais. Ele me dá o maior apoio’.* A primeira droga utilizada foi o tabaco aos doze anos, tinha facilidade de acesso no domicílio. Histórico de uso de heroína, cocaína, maconha, e psicotrópicos. Buscou o CAPSad inicialmente pela depressão e agressividade oriundos do abuso de drogas. Associa as frequentes faltas nas atividades acordadas no projeto terapêutico ao fato do serviço de saúde não propor espaços específicos para mulheres partilharem suas vivências. Participa de atendimentos individuais com psiquiatra para adquirir medicamentos psicotrópicos. Almeja internação hospitalar.

**Guerreira 16:** Sessenta e sete anos de idade, procedente do bairro Maraponga - Fortaleza, natural de Campina Grande – PB, viúva, aposentada, mãe de dois filhos. Compareceu ao serviço de saúde acompanhada pelo filho. Realiza tratamento medicamentoso para hipertensão e depressão em uma UBASF. Há dois anos foi encaminhada pela médica desta unidade ao CAPSad para tratamento do alcoolismo. Consumiu álcool pela primeira vez aos quarenta anos de idade. Tabagista, consome dez cigarros por dia. Freqüentadora assídua do CAPSad, este foi o primeiro serviço de saúde buscado para tratamento da dependência química. Objetiva manter a abstinência. Não apresentou recaída depois do início do tratamento. Participa apenas das consultas individuais com a psiquiatra. Verbalizou: *‘Acho que está bem pertinho de eu ter alta. Os medicamentos aqui são muito bons, as meninas (profissionais) cuidam bem da gente. Gostava de participar do grupo com a terapeuta ocupacional, mas nessas mudanças (na gestão) ela saiu.’*

**Guerreira 17:** Cinquenta anos de idade, indígena, desempregada, divorciada, natural do município de Caucaia - CE, não informou a procedência. Analfabeta, sem renda fixa, católica, reside com uma filha. Buscou ajuda no CAPSad depois das consequências trazidas pelo uso abusivo de múltiplas drogas - álcool, crack e maconha. Negligenciou obrigações importantes no lar e no trabalho. Iniciou o uso de álcool e chás de cogumelo ainda na adolescência,

na aldeia em que morava. Usou tais substâncias pela primeira vez por incentivo de amigas. Informou que foi vítima de violência física e sexual e já sofreu tentativa de assassinato por um dos parceiros sexuais. Desconhecia o CAPSad até ser referida ao serviço por um profissional da atenção básica em saúde. Não sabe informar exatamente o tempo de tratamento no serviço. Objetiva a abstinência de drogas. Frequenta o serviço diariamente, exceto quando encontra-se em processo de recaída. Enfatizou: *'Está com um bocado de tempo que estou aqui. Já tive recaída e voltei. Agora estou aqui de novo. Sou tapeba (indígena). Seria bom algum trabalho assim um trabalho de arte para desenvolver a mente da gente, a gente aprende até mais coisas. Cada uma podia ensinar o que sabe, entendeu? O meu trabalho é com sementes. Eu não trabalho com ela furada por que eu não tenho a máquina. Já tive condições de comprar uma máquina, mas devido os vícios... Eu faço brinco, faço pulseira, faço cordão, cocá, várias coisas que eu mesma criei'*. Destacou que vários usuários do CAPSad, sobretudo homens, a convidam frequentemente para consumir drogas psicoativas.

Foi recorrente nos discursos a menção a processos de adoecimento físico e mental; violência de gênero (contra a mulher, sexual e conjugal) e doméstica (contra crianças e adolescentes); vulnerabilidade feminina; abandono; comportamentos sexuais; concepção e contracepção; gravidez na adolescência, e outros temas relacionados à família e conjugalidades. Ficou visível a falta de oportunidade das mulheres se constituírem como cidadãs, e sentirem-se seres importantes no mundo.

A violência contra a mulher, ainda, mostrou-se bastante presente e, assim como todo outro tipo de violência contra qualquer ser humano, afeta a saúde mental. Os relatos denotam a presença de diversos tipos de violência por parte de familiares, amigos, companheiros de moradia de rua, profissionais da saúde e policiais.

Foram evidentes as condições sociais desfavoráveis, a constante necessidade de mobilidade espacial (mudança de município, de moradia), as dificuldades para manter os estudos – em decorrência de gravidez precoce e não planejada, assunção de cuidados no lar e na família -, poucas oportunidades

de obter emprego e renda fixa. Nesse contexto adverso, a religiosidade surgia como uma das formas de apoio.

Em seu cotidiano era comum o fato das mulheres permanecerem convivendo com familiares e amigos, também, dependentes químicos. Tal experiência quase sempre estava associada à violência, conflitos interpessoais, sofrimento emocional, considerável carga de cuidado para com os outros e negligência no autocuidado.

Percebeu-se que as mulheres correlacionavam a exclusão social que vivenciavam com vários fatores, a saber: prostituição; delinquência; inserção no tráfico como alternativa de trabalho, renda e aquisição de drogas. A prostituição e o sentimento de culpa devido às dificuldades em administrar atividades no lar ou prover cuidados no âmbito familiar reforçavam o abandono do convívio com familiares.

A análise das histórias de vida das mulheres permitiu contextualizar gênero como um dos principais eixos das desigualdades sociais em saúde. Esse panorama de peculiaridades sociais, culturais, desigualdades de poder, e modos de viver o corpo que repercutem nos processos saúde-doença se configura como um desafio para profissionais da saúde desenvolverem suas práticas na perspectiva da integralidade. Apesar de revelar essa realidade pode contribuir para mostrar a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas insertivas e de inclusão social para mulheres em tal condição.

### **5.3 A vivência de ser mulher e drogadita**

Esta seção debruça-se sobre a vivência de *ser mulher e dependente química*, manifesta e latente nas falas e na produção do tipo artístico oriundas da entrevista e do grupo operativo, na busca de uma maior apreensão sobre o vivenciado por elas. Parte dessa produção encontra-se disposta a seguir e torna possível a aproximação de alguns sentidos, emoções e sentimentos que a dependência química suscitava nas mulheres. Está sendo apresentado, além da produção artística de cada uma, o discurso das mesmas sobre o produzido. Assim se expressaram as *Guerreiras*:



Figura 2: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 1. Fortaleza – CE, 2014.

*Me sinto um lixo sendo dependente. Todo mundo critica (emociona-se). Quando eu ia usar diziam: 'já vai morrer, já vai matar todo mundo'. A gente ficava num canto fumando, as pessoas passavam e colocavam a mão no nariz. A gente usa em um ponto de ônibus e as pessoas ficam falando. Minhas filhas perguntam se estou usando escondido. Cheguei a passar seis meses sem usar. Depois voltei, por incentivo, em final de ano, em festa, todo mundo bebendo, fumando... Me desviei. É difícil! De ontem para hoje, meu destino era ir comprar. Eu estou tentando me libertar. A qualquer hora a pessoa pode ter uma recaída. Se eu recair, a crítica é maior do que se eu não tivesse parado. Meu pai usa e meu irmão, também. Já quis trazer eles... É difícil parar (Guerreira 1).*



Figura 3: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 5. Fortaleza – CE, 2014.

*Aqui (na colagem) sou eu chorando com vontade de deixar de usar. Aqui é uma cédula de dinheiro que está indo embora pela fumaça. Todo o dinheiro que eu gastei e continuo gastando. Dava para eu pagar a prestação de um carro e sobrava. Tampei os ouvidos para quem me criticava. Eu usava com meu dinheiro, a vontade era minha, não pedia dinheiro a ninguém. Minha filha dizia que prejudicava a mim e quem estava em volta. Eu usava escondido. Não usava na presença do meu marido. Ele sabia que eu usava desde que a gente namorava. Ele sempre me pedia, mas, eu nunca parei. Hoje uso escondido dele e da minha filha. É uma coisa que eu tenho que acabar. Não é pelo fato de ser mãe que eu vou obedecer minha filha. É uma coisa que temos que entrar em acordo. Ou fico com minha filha ou não. Meu marido me chama para sair e eu fico em casa, digo que não vou. Se eu estiver com meu marido, eu não uso. Para mim, parar seria um sacrifício, pois, eu tenho vontade de usar. Muitas vezes o corpo pede. Mas, tenho que fazer isso por eles (familiares). Eu tenho que me auto vigiar, me controlar, pois, tenho que parar. Pedi afastamento do trabalho. Não dava para mim. (Guerreira 5)*



Figura 4: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 12. Fortaleza – CE, 2014.

*Era como se eu fosse um gambá. Por onde eu passava as pessoas se afastavam. Era todo tempo, toda hora. Eu já passei três meses sem usar e voltei por conta das amigas, das folias. Hoje, minha pele é outra, totalmente diferente. Antes eu só faltava morrer engasgada. Só sei que graças à Deus eu consegui parar. Peço toda noite a Deus, coloco o joelho no chão e agradeço ter parado. Agradeço o povo daqui também, os profissionais são muito legais. (Guerreira 12)*



Figura 5: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 13. Fortaleza – CE, 2014.

*Desenhei eu fumando crack e meus parentes e amigos se afastando de mim. Eu ainda continuo usando, mas, talvez eu pare de fumar, com a ajuda dos profissionais daqui, a gente só não para se não quiser mesmo. Todas nós daqui, as que pararam as que ainda não pararam se sentem assim. E todos acham também, não só os desconhecidos, mas os amigos os parentes, todos acham ruim. Eu mesma perdi um companheiro, por conta disso. Ele não aguentou mais e foi embora. Eu acredito que foi a droga mesmo. (Guerreira 13)*



Figura 6: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 15. Fortaleza – CE, 2014.

*É como uma bomba. Eu estou prestes á explodir. Sou cheia de problema e continuo usando, em tempo de me matar. Já fui para o hospital duas vezes, em tempo de*

*papocar e eu não consigo parar. É assim, qualquer hora eu posso apagar, mesmo assim eu estou teimando numa coisa errada. É isso. (Guerreira 15)*

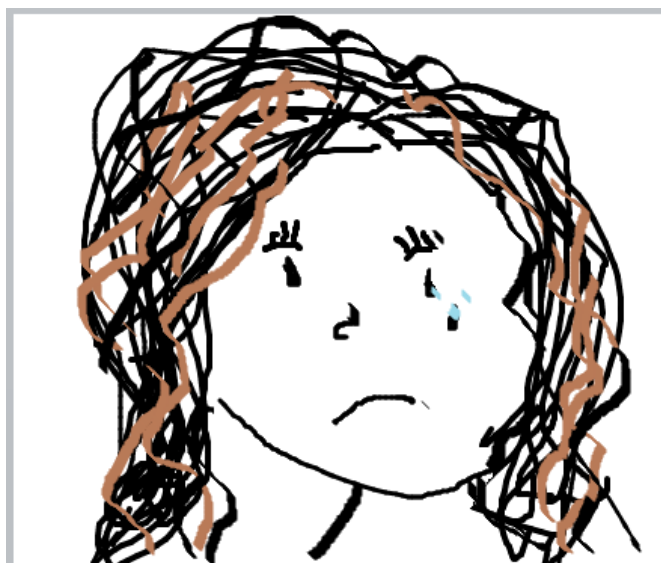


Figura 7: Produção do tipo artística realizada durante o Grupo Operativo pela Guerreira 16. Fortaleza – CE, 2014.

*Antes de eu parar eu era um fracasso. Acabei todo o meu dinheiro Me sinto feliz e espero nunca mais voltar a beber, é uma sensação muito boa não ser alcoólatra. Hoje eu digo que não sinto vontade, mas sinto saudade. A bebida era como meu marido, meu companheiro, meu par. Era algo que me acompanhou no longo de muitos anos e devido a isso ainda sinto saudades. Mas não tenho mais aquela fissura. Eu troquei pela água, quando vem aquela vontade, vou tomando água, suco. De vez em quando dá saudade, não é como antes. Antes, quando eu ia almoçar, antes mesmo de terminar de comer eu deixava o prato, tamanha era a fissura. Isto, não me acontece mais. Rezo todo dia, agradeço todo dia à Jesus por isso não acontecer. Esta saudade que eu ainda tenho, tenho fé que vou esquecer. Quando eu perdi meu pai, ele faleceu, fiquei com uma dor muito grande, foi quase igual como essa aqui, é a mesma dor. Quem bebe e quem perde um ente querido, sabe que é a mesma dor, a mesma saudade. Eu vou eliminar esta saudade de mim com confiança em Jesus. Me sentia um fracasso, o tanto de dinheiro que eu perdi, o tanto de remédio que usei, hoje eu espero não ter mais. (Guerreira 16)*

Em linhas gerais, a experiência de ser mulher dependente química revelou-se permeada por questões de gênero que remetiam à cobrança familiar para que as mulheres se tornassem abstinências e retomassem a esfera privada



do domicílio; ao abandono do trabalho em casa que era considerado feminino; à culpa por ter usado drogas durante gestações; à angústia por não conseguir atingir um 'ideal' de mulher abstinente; à autopercepção de estar 'errada' por ser uma *mulher* dependente química; à percepção de que é 'normal' homens tornarem-se dependentes químicos; ao abandono e rejeição associados ao fato de ser *mulher* usuária de drogas; à associação do humor deprimido à uma possível *fragilidade feminina*.

Para algumas mulheres estar na condição de dependente química ajudava a alcançar uma vida na qual acreditavam merecer viver. O cotidiano de algumas participantes encontrava-se dificultado em virtude do diagnóstico e repleto de vivências de discriminação e preconceito. Em alguns casos, perceber-se como dependente química possibilitou benefícios para a busca de apoio, mas, o acesso à assistência em saúde, nem sempre, foi garantido. Por outro lado, também, foi perceptível o estigma do diagnóstico.

Para parte das mulheres ser dependente química representava o sobreviver e o enfrentar da solidão, da exclusão social, do desespero, das dores existenciais e do vazio emocional. Com histórias de vida repletas de adversidades, experiências desagradáveis e pouca perspectiva de vida, as drogas psicoativas proporcionavam sensações de prazer e coragem, mesmo que momentaneamente, conforme discursos abaixo:

*O crack me ajudou a segurar muita onda, a fazer muita coisa. Serviu pra esquecer muita coisa, certas dores, certos problemas... Aguentar firme para impor meus direitos (Guerreira 7).*

*Quando eu fumo, parece que o sofrimento sai pela fumaça. Vejo aquilo aliviando meu coração, meu pensamento (Guerreira 12).*

*O álcool para mim era como meu marido, meu companheiro, meu par. Era algo que me acompanhou ao longo de muitos anos e devido a isso ainda sinto saudades... De vez em quando dá saudade, não é como antes (Guerreira 16).*

Para outras mulheres ser dependente química estava associado a sofrimento, comprometia funções sociais, desconforto intenso e persistente, além de um forte 'sentimento de inadequação' evidenciado por relatos permeados por culpa, vergonha e autodepreciação:

*Eu acho muito triste, feio, acho horrível para mulher. Tinha vergonha de ser mau exemplo para os meus parentes. Sempre tive nojo. É como se o mal estivesse todo o tempo comigo. Onde eu passava o pessoal falava (Guerreira 3).*

*Acham que eu não tenho mais jeito (Guerreira 6).*

*É importante a igreja mandando o satanás sair da cabeça das viciadas (Guerreira 7).*

*Eu estou teimando numa coisa errada. Essa droga dá uma vontade de usar, é uma tentação. Eu pedi para ela (irmã) passar o cadeado no portão (de casa), pois poderia bater a tentação. Ela trancou o portão e eu fiquei (Guerreira 10).*

Conceber a dependência química como inaceitável à mulher remete à ideia rígida de norma de gênero, que diz respeito aos papéis que se espera que homens e mulheres tomem dentro do meio social. Mesmo sabendo que as normas de gênero mudam significativamente ao longo dos anos, e seguem evoluindo, ainda existe dificuldade em assimilar a dependência química feminina, inclusive pelas próprias mulheres.

Se, por um lado, a interface entre o significado que a experiência da dependência química adquire e a ideia de norma de gênero possibilita o encontro com aquilo que se considera 'certo', por outro, também dá margem à uma sensação de inadequação quando a norma não é alcançada.

O uso abusivo de drogas pode ser visto como uma tentativa, ainda que mal sucedida, de conciliar as contradições de gênero na contemporaneidade. A dependência química feminina pode ser interpretada como uma forma extrema de resistência ao papel feminino tradicional. Substâncias psicoativas são, geralmente, usadas por seus efeitos de prazer, para melhorar a performance social, enfrentar situações difíceis e conter a ansiedade gerada por um mal estar difuso e inominável, decorrente de contradições de gênero que as mulheres possam estar vivendo (BORGES; BARBOSA, 2009).

Para Butler (2009) o diagnóstico pode se constituir como instrumento necessário para realizar a expressão de si e tornar a vida vivível. Por outro lado, tal instrumento assume vida própria e pode tornar a vida mais difícil para aquelas pessoas que sofrem por serem patologizadas e que perdem direitos e liberdades – como a custódia das crianças, o emprego e a moradia -, devido ao estigma

inerente ao diagnóstico ou, mais precisamente, devido ao estigma que um diagnóstico reforça e promove.

Os relatos e as produções artísticas revelaram que, para as mulheres, ser dependente química era ser considerada doente, errada, disfuncional, pecadora e sofrer estigmatização por parte de pessoas que desconsideravam o significado que a droga psicoativa sua vida. Vale ressaltar que, dentre estas pessoas, familiares e profissionais da saúde foram as figuras mais mencionadas, fato que encontra associação com a dificuldade apresentadas no convívio familiar e na assiduidade aos serviços de saúde.

Aqui fica claro que a mulher é vítima da opressão social e esse contexto agrava-se com a experiência da dependência química. Evidenciam-se papéis designados às mulheres e homens e o modo – diferente – de aceitar a livre expressão feminina. As falas denotam dificuldades que a sociedade atual, ainda, tem em lidar com a autonomia que a mulher tem para usar ou não drogas psicoativas, realizar ou não o tratamento para a dependência química.

Silva (2012) afirma que existem preconceitos de gênero compondo a percepção das pessoas sobre a dependência química em mulheres, como o fato de que o uso está associado a variações nos estados de humor e afetivos, de que mulheres usuárias de drogas são mais promíscuas, apresentam comportamento inadequado e renunciam papéis tradicionalmente atribuídos a elas, como o de mãe e esposa. Tais fatores retardam a procura do tratamento, o que acaba por trazer prejuízos psicossociais em razão da demora.

Nas famílias é comum a não aceitação e o desrespeito direcionado e a todo e qualquer tipo de diferença, incluindo o uso de drogas psicoativas. O preconceito de familiares contra dependentes químicos evidencia-se na dificuldade de aceitar a dependência química e nas demonstrações de reações negativas, ofensivas e até violentas quando da descoberta ou convivência com a situação. No contexto familiar pode haver sofrimento, conflitos, agressões, adoecimento psicológico e físico. É difícil o dependente químico lidar com o preconceito familiar porque parte de uma instituição de onde se espera proteção, apoio, carinho e afeição.

Da mesma forma como a família pode atuar como fator estressor e dificultador na busca por ajuda, ao segregar uma mulher usuária de drogas, esta instituição possui um importante papel de proteção para o uso e abuso de

substâncias. Segundo Seadi e Oliveira (2009) quando a dependência química já é um fato, o tratamento, inclusive da família, deve ser adotado o mais rápido possível. A participação de pelo menos dois familiares repercute em uma adesão ao tratamento de até 57,9%. Em suma, quanto maior o apoio familiar maior a possibilidade de adesão.

A experiência profissional, em diversos dispositivos da rede de atenção psicossocial e demais redes de suporte social, permite apontar a nítida fragilidade ou total ruptura do vínculo familiar em usuários de drogas. Para as famílias, o suporte é difícil de ser ofertado, em decorrência das situações frequentes de preocupação, sofrimento, conflito interpessoal e violência, tornando o contexto totalmente disfuncional.

Algumas famílias que lidam com um integrante em situação de dependência química, sentem dificuldades em apoiá-lo, muitas vezes, por desconhecimento acerca da doença; pelas atitudes moralistas; por vivenciar incertezas, medo, raiva, mágoas e perda de confiança. A falta de apoio familiar no que diz respeito à companhia, suporte financeiro, incentivo emocional, participação co-responsabilização no processo de tratamento são frequentemente mencionados nos relatos de dependentes químicos.

O pouco ou a ausência de apoio profissional ou informal são sentidos de modo singular por mulheres drogaditas. Historicamente impôs-se à estas papéis como o de cuidadora. Porém, na prática profissional em serviços de atenção psicossocial tem sido rara a identificação de mulheres sendo cuidadas por algum familiar.

Em síntese, a dependência química é um transtorno mental envolto em preconceitos, havendo divergências nas formas de compreender a problemática e atuar junto a essa população, mesmo entre os profissionais.

Profissionais da saúde, nem sempre, atentam que, ao cuidar de vidas humanas, há necessariamente que se lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação é possível e necessário com cada usuário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a participação e o engajamento (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, tais profissionais precisam compreender que estigma, preconceito e posturas moralistas, para com a mulher usuária de drogas psicoativas, dificultam a prevenção, o tratamento e a reinserção social. A mudança de postura beneficia tanto o indivíduo que poderá receber uma abordagem mais adequada para o seu problema, quanto o profissional que se beneficiará de conhecimentos técnicos e de abordagens mais adequadas à clientela.

O texto da Política Nacional de Promoção da Saúde refere que garantir saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, assim, como, formular políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. Entre as macroprioridades da política pública de Pacto em Defesa da Vida, por exemplo, destacam-se a necessidade de aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, bem como, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010b).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher ressalta que o gênero é construído e alimentado através de símbolos, normas e instituições que definem modelos de feminilidade e masculinidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para mulheres e homens. A categoria gênero associa-se, ainda, a subjetividade do sujeito. A incorporação da perspectiva de gênero no planejamento de ações de saúde favorece a integralidade e a promoção da saúde, oportunizando a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2011).

Os achados apresentados nessa seção sugerem que a perspectiva de gênero transversaliza a experiência da mulher drogadita e mantém interfaces com a saúde mental. O modo como as mulheres significavam suas experiências tem papel organizador no processo saúde-doença, interferindo na percepção sobre si, no modo de lidar com o sofrimento, na busca por ajuda, no acesso ao serviço de saúde e no apoio por parte de familiares e profissionais.

Portanto, considera-se imprescindível que profissionais que atuem em CAPSad promovam condições que favoreçam a expressão da mulher, conheçam o significado que o diagnóstico adquire na vida delas e auxiliem no processo de ressignificação destas vivências, na perspectiva de uma atenção individualizada e singular. Esta postura profissional poderá favorecer a

autonomia e o processo de reinserção social, modificando as relações de poder desiguais e assimétricas, tão comuns no modelo de assistência atual.

#### **5.4 - Mulheres, serviços de atenção à saúde e outras redes sociais de apoio: a acessibilidade e a integralidade como utopia**

Os achados apresentados nesta categoria temática dizem respeito ao modo como o CAPSad conduzia a assistência às mulheres. Nos discursos destas foram identificados elementos indicativos da acessibilidade ao serviço, das características da assistência ofertada, das repercussões do tratamento no modo de vida e da fragilidade na articulação do CAPSad com outras unidades de saúde e redes sociais de apoio.

##### **5.4.1 Acessibilidade da mulher ao CAPSad**

Dos discursos das mulheres emergiram vários elementos que interferiam, facilitando ou dificultando, na acessibilidade ao CAPSad. Para a análise da acessibilidade foram tomados como parâmetros fatores de cunho sócio-organizacional e geográfico, dentre outros elementos que diziam respeito à percepção sobre os resultados dos cuidados ofertados no CAPSad.

Dentre os fatores que interferiam na acessibilidade concernentes à dimensão sócio-organizacional, sobressaíram-se: a dinâmica de atendimento no serviço, a burocracia no agendamento de consultas, o tempo de espera por uma consulta, a duração do atendimento na consulta ou atendimento grupal, a possibilidade de participar dos atendimentos individuais e em grupo, a disponibilidade medicamentos prescritos e a composição da equipe técnica. Quando tais fatores dificultavam a acessibilidade ao CAPSad revelavam-se fragilidades na organização do serviço e na articulação do sistema de saúde, como um todo.

Quanto aos aspectos geográficos, a distância do domicílio ao CAPSad, o tempo de deslocamento para o serviço, o modo de deslocamento, a situação financeira para acesso a transporte e a necessidade de acompanhante eram elementos que interferiam na acessibilidade ao CAPSad.

Percebeu-se nos relatos que o respeito do profissional às crenças e valores da mulher, a confiança na equipe, o apoio familiar, a qualidade e satisfação com os cuidados recebidos, o acolhimento à família durante o processo de tratamento e a facilidade na obtenção do medicamento prescrito aproximavam a mulher do serviço. Por outro lado, a baixa autoestima, o pouco apoio familiar, a atribuição de diversos papéis sociais (mãe, esposa, trabalho doméstico), as ações de assistência social insuficientes e a ausência de projeto terapêutico singular dificultavam a entrada e a utilização o serviço.

Os fragmentos dos discursos a seguir ilustram os achados:

*Só em falar que a pessoa é dependente, mesmo que a pessoa não esteja usando, ela é desprezada. É horrível. Já me sinto diminuída, não é para todo mundo que eu digo que sou dependente (Guerreira 3).*

*Eles (equipe técnica) tratam a gente aqui de igual maneira. Eles não veem o lado masculino ou feminino. Eles veem o problema, a dependência. Da maneira que tratam os homens, tratam as mulheres (Guerreira 4).*

*Teve até um tempo que minha mãe me pegava e me deixava no CAPS... Hoje estou com um senhor (companheiro), que me ajuda. Quando tenho as crises ele me deixa trancada em casa. Ele me dá tudo de bom e do melhor. Estou melhor agora, pois ele vem comigo. Ele me dá remédio. Depois que eu comecei a tomar remédio e estou há três meses sem usar crack (Guerreira 5).*

*Acho que não vai dar certo vir mais ao CAPS. Eu tenho uma filha de catorze anos que estuda de manhã. De manhã eu venho (ao CAPS) e ela está na aula. Aí de tarde ela fica só. Tem as tarefas, ela fica cochilando. De qualquer maneira a gente se preocupa de deixar só (Guerreira 17).*

A dependência química encontra-se fortemente relacionada ao estigma e à discriminação e isto, por si só, traz limitações no acesso aos direitos constitucionalmente adquiridos, levando à cronificação e agravamento da morbidade e aumentando os custos do tratamento.

Em virtude da interface entre a dependência química e as questões de gênero, outras dificuldades podem se interpor entre a mulher drogadita e os serviços de saúde, aumentando a resistência exercida pelo meio à disponibilidade destes serviços. Investigar as facilidades e dificuldades encontradas por tais mulheres na acessibilidade ao CAPSad pode contribuir para

o planejamento em saúde, estruturando e melhorando os serviços de modo a atender esse grupo populacional adequadamente.

A entrada no CAPSad e sua utilização são expressões da acessibilidade, mas esta não se explica apenas por tais elementos. Outros trechos de discursos foram explicitaram a assistência recebida, o impacto na saúde e a adequação do cuidado prestado pelos profissionais de saúde:

*Aqui no CAPS eu diminuí, antes era o dia todinho usando (drogas psicoativas). Antes eu passava o dia todo usando (Guerreira 2).*

*Não mudou nada participar do CAPS. Eu não tenho casa, tenho que procurar lugar para eu ficar. Se eu não arrumar lugar para me internar, vou ter que ir para um lugar que tenha droga para eu poder pelo menos ter um lugar para ficar, sentada por aí... Vim hoje buscando uma internação na Santa Casa e depois uma casa de recuperação (Guerreira 6).*

*Pela primeira vez, estou gostando. Está com oito dias que não uso. Vou fazer por onde continuar. Vim do interior para Fortaleza para fazer o tratamento (Guerreira 10).*

Foi perceptível que parte das mulheres considerava que a participação no CAPSad repercutia no modo de vida facilitando a redução no consumo de drogas, promovendo abstinência e mudanças comportamentais, possibilitando o retorno ao convívio familiar e a retomada de atividades da vida diária (cuidar da casa, dos filhos e cozinhar), além da aquisição de conhecimentos para lidar com outros usuários de drogas com os quais conviviam.

Por outro lado, também houveram afirmativas de que a participação no serviço não trazia mudanças significativas na vida e que as precárias condições sociais e econômicas permaneciam contribuindo para a manutenção do abuso de drogas.

De fato, as oportunidades sociais não são oferecidas igualmente para todas as mulheres, particularmente para dependentes de drogas psicoativas, que se encontram desprovidas de projetos educacionais e profissionais, que vivenciam o peso dos tradicionais papéis de gênero, associado às limitações econômicas e à falta de acesso a diversos benefícios sociais viola direitos fundamentais. A condição de vulnerabilidade social repercute na saúde mental,



colaborando no processo saúde-doença, e os profissionais do serviço precisam ter sensibilidade para perceber e compreender isto.

#### **5.4.2 – Fragilidade na articulação do CAPSad com outras unidades de saúde e redes sociais de apoio**

A realidade das mulheres mostrou-se rica em vivências geradoras de sofrimento, exclusão, estigma, entre outras respostas, muitas vezes agravadas pela desassistência na rede de atenção em saúde. O cotidiano dessas revelou-se permeado pela necessidade de receber cuidados em saúde que extrapolavam as possibilidades de assistência no CAPSad, fato que reforça a relevância do trabalho articulado no território.

Em vários relatos ficou explícita a necessidade das mulheres de atendimento em outras unidades de saúde, como UBASF, hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e unidades de desintoxicação (UD). Foi marcante, também, a busca por apoio em comunidades terapêuticas e igrejas. Porém, não se percebeu efetividade no sistema de referência e contra-referência, nem articulação do CAPSad com outras unidades de saúde e apoio social. A busca por atendimento e apoio ocorria, geralmente, de forma espontânea e com dificuldades no acesso.

Nas UBASF o cuidado restringiu-se a: imunização; acompanhamento odontológico; realização de exame de HIV e teste de Papanicolau; e tratamento medicamentoso para doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e tuberculose. Aquelas que buscaram UBASF para o tratamento da dependência química, receberam, apenas, informações sobre o endereço de algum CAPSad do município. Alguns relatos ilustram tais achados:

*Fui no posto de saúde, que tem depois da Avenida Duque de Caxias, para buscar ajuda. Lá me deram o endereço do CAPSad. Não me trataram lá. Foi há oito meses. Fui umas cinco vezes, mas, não tinha vaga para mulher (Guerreira 1).*

*Uma vez me encaminharam para o dentista do Posto de Saúde mas lá tinha que esperar seis meses pra ser atendida então não quis esperar. Era uma fila danada. Faz seis meses que fiz exame de prevenção. A última vez que tomei vacina foi quando estava grávida do meu último filho. Também gostaria que o CAPS me encaminhasse pra algum trabalho (Guerreira 2).*

*O exame de prevenção, vou marcar no posto. Tem esse negócio de espera, é ruim! Mas é lá no posto, não é aqui. É ruim isso. Nunca fui encaminhada daqui (do CAPSad) pra nenhum lugar (Guerreira 4).*

*Já fui fazer exames de prevenção, fiz HPV. Em nenhuma vez falei que usava droga. Nunca me perguntaram (Guerreira 10).*

Em nenhum relato houve menção da atuação das UBASF como unidades em que o tratamento da dependência química pudesse ser realizado. Tampouco a atenção básica em saúde foi citada como co-responsável pela assistência a ser ofertada aos dependentes químicos.

A promoção da saúde feminina envolve a abordagem de questões referentes às desigualdades de gênero e à autonomia da mulher diante de si e de sua história. A relação entre doenças e fatores sociais que interferem no processo de saúde e doença das mulheres, são elementos que necessitam de análise na perspectiva da abordagem integral. Uma sugestão para promover a saúde humana em uma perspectiva holística é a articulação entre saúde mental com a atenção primária em saúde (SARAIVA, 2008).

Os discursos coadunam com os achados de um estudo sobre as condições da assistência à saúde mental em unidades de Programa Saúde da Família (PSF), realizado por Lucchese *et al* (2009) com 63 profissionais que compunham 8 equipes de Saúde da Família, do município de Cuiabá. Nesta pesquisa identificou-se que, em geral, profissionais destes serviços parecem permanecer à margem da rede de atenção psicossocial. A prática mais comum ou única alternativa, ainda, é o encaminhamento ao serviço de referência em saúde mental em um contexto dos profissionais “não saberem o que fazer”.

Quinderé *et al* (2013) evidenciaram – em pesquisa com 37 trabalhadores de saúde mental e da atenção primária, 14 usuários e 13 familiares que participaram das ações do apoio matricial – certa precipitação dos profissionais concernente aos encaminhamentos das UBASF dos municípios de Fortaleza e Sobral no Ceará. Na maioria das vezes, os trabalhadores da atenção primária sentem-se inseguros em acompanhar casos de saúde mental. Neste contexto, é corrente a ideia e o comportamento de que "chorou, manda para o CAPS".

O apoio matricial constitui um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com o objetivo de ampliar seu campo de

atuação e qualificar suas ações práticas. O matriciamento surge como estratégia relevante no campo da saúde mental, já que as questões subjetivas permeiam quaisquer problemas de saúde e devem ser abordadas em todo relacionamento terapêutico. A atenção básica, especificamente, tem importante papel na assistência a certas demandas em saúde mental. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população brasileira vivencia transtornos mentais leves e de 6% a 8% apresenta transtornos decorrentes do uso de drogas psicoativas, pelos quais a atenção primária deve responsabilizar-se (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Todas as participantes do estudo mencionaram ter vivenciado, pelo menos, uma internação em hospital geral do SUS para receber cuidados em situações diversas. Dentre os motivos referidos para as internações estavam: acidentes, traumas, abortos, procedimentos cirúrgicos e desintoxicação. Trechos dos discursos evidenciaram que os cuidados ofertados por profissionais restringiram-se exclusivamente para a saúde física, em detrimento das dimensões psicológicas e sociais, e sem haver qualquer articulação com serviços de atenção psicossocial:

*Uma vez, eu bêbada, um carro passou por cima da minha perna, quebrou em quatro partes. Me levaram para o hospital, engessaram minha perna. O tratamento durou uns seis meses, com muletas. O tratamento foi o álcool, debaixo de um pé de manga. Eu já morava na rua. Foi feito tratamento para a perna e não para a dependência química (Guerreira 3),*

*Uma mulher chutou minha barriga e eu caí. Era o filho que eu ia ter e perdi. Eu desmaiei na rua. Me levaram para o hospital. Eu estava alcoolizada, com três meses de gestação. Fui encaminhada para outro hospital, me deixaram esperando lá um dia e uma noite. Só me deram soro e mandaram eu ir embora (Guerreira 8).*

Percebeu-se que a assistência à mulher pautou-se, basicamente, no modelo biomédico, ou seja, o modelo que se organiza em torno do ato médico e em que as demais ações são complementares e dirigidas a aumentar a eficácia deste. Ficou claro nos relatos que as mulheres – já em situação de uso de drogas - receberam ações voltadas, quase que exclusivamente, para o cuidado físico (administração de medicamentos, por exemplo) ou, ainda, ações direcionadas ao adoecimento físico.

De modo genérico, o discurso das mulheres indica algumas características organizacionais do atendimento em hospitais gerais: pouca articulação da atenção à saúde; fragmentação do cuidado; foco nos aspectos biológicos; e reprodução do pensamento cartesiano. As falas apontam fragilidades no que tange à integralidade desta atenção, especialmente quanto ao suporte em saúde mental e em saúde sexual e reprodutiva. Junto às mulheres poderiam ter sido trabalhados temas como, o processo saúde-doença mental, dependência química, planejamento familiar e aborto por exemplo. Não existia integralidade na assistência em saúde, mas, sim, uma visão dicotômica e reducionista da mulher como ser humano e do cuidado a ela ofertado.

A concepção dominante de saúde e doença na sociedade pressupõe algo organicamente localizado, a ser tratado por remédios. Segundo Aguiar *et al* (2011) essa abordagem centra-se na relação entre a queixa e as lesões orgânicas, iniciando-se a prática da separação entre a doença e a psique humana. Limita-se ao estudo do organismo como um mecanismo fisiológico, mas não revela a subjetividade do paciente, surgindo então a tendência de segmentação do indivíduo, gerando abordagens cada vez mais reduzidas à queixa e, conseqüentemente, à lesão buscada como causa .

Ações pautadas no modelo biomédico de cuidado à saúde podem ser comumente evidenciadas, também, no interior de CAPS. Alguns profissionais enfatizam a psicopatologia, um cuidado assistencialista e tutelar, uma postura pedagógica, assumindo como principal característica a influência sobre uma mudança de comportamentos, com o objetivo de torná-los compatíveis com a reinserção social. Verificam-se ações bem intencionadas, mas, na maior parte, normalizadoras e pouco críticas (NUNES *et al*, 2008).

Mediante esse contexto, as perspectivas de gênero e integralidade tornam-se essenciais na orientação da prática profissional do cuidado para superar o reducionismo. Para que este objetivo seja alcançado Melo *et al* (2013) defendem que o cuidado esteja permeado pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso e responsabilização com qualidade formal e política. É importante salientar que a integralidade não despreza o exercício da clínica, mas, valoriza o seu uso de forma prudente, com visão das demais necessidades

dos sujeitos e respostas aos problemas de saúde específicos ou que afligem determinados grupos populacionais.

Compreender as necessidades dos sujeitos constitui um ato terapêutico que implica responsabilidade de profissionais que integram uma equipe para superar as contradições estruturais dos processos de trabalho, da organização dos serviços e das práticas em saúde.

As mulheres que buscaram internação em leitos para desintoxicação (em hospital geral ou CAPSad) ressaltaram a dificuldade no acesso à tal modalidade de tratamento no município:

*Não tem vaga pra mulher se internar nos hospitais (Guerreira 1).*

*Já me internei várias vezes na Santa Casa, para desintoxicação. Passei muito tempo dormindo, tem uma profissional que não gosta de mim. Fui tratada com ignorância, sem compreensão (Guerreira 6).*

*Eu estava muito caída; me negaram ajuda. Pedi para ficar internada na Santa Casa, já tinha ficado lá outras duas vezes por causa da droga. Vim (ao CAPSad) buscar internação e me disseram para esperar aqui de manhã, vir passar o dia todinho com fome. Tive que pedir esmola e comer fruta no mercadão. Fui direto para a Santa Casa e adivinha o que eu achei lá? Três leitos (para desintoxicação) desocupados! Eu estava tão empolgada para me internar. Me disseram que tinha que vir para o CAPS pegar o papel (formulário de referência). Quando cheguei não me deram. Ficaram me enrolando, dizendo que não tinha. Ficaram mentindo. Não sei para que estão fazendo isso. É para algum parente (dos profissionais da equipe técnica) deles que estão fazendo isso? Não tenho medo de falar. Falei que tinha vaga sim e que me seguraram o dia todinho. O tratamento aqui é muito ruim. É a mesma bosta! É só tiração! (Guerreira 8).*

A dificuldade de ser atendida para realizar o processo de desintoxicação das drogas está presente no discurso das mulheres, indicando a carência dos serviços para assisti-las nas suas necessidades. Note-se, também, as fragilidades na atuação do CAPSad como serviço articulador da rede de atenção psicossocial. Em vários casos, as próprias mulheres buscaram, espontaneamente, a internação hospitalar devido os entraves no fluxo de referência e contra-referência no contexto da hierarquização nas ações de atenção à saúde.

Além do não-atendimento às especificidades femininas e às necessidades no campo da saúde mental, a oferta reduzida de ações resolutivas gerava nas mulheres constrangimento, revolta e sensação de desrespeito aos seus direitos e isso dificultava a construção e fortalecimento de vínculos com o serviço de saúde.

Crauss e Abaid (2012) desenvolveram um estudo com 12 pacientes internados em um hospital geral localizado no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e notaram que a busca por internamento para desintoxicação era, em parte, influenciada pela percepção da drogadição como uma doença que exigia tratamento para não piorar a saúde. Tais pessoas valorizavam essa modalidade de tratamento, pois a mesma favorecia o partilhar de experiências com a equipe de profissionais e a família.

As dificuldades no acesso ao CAPSad e outros serviços de saúde pertencentes ao SUS, a fragilidade na articulação do CAPSad na rede de atenção psicossocial e a fragmentação do cuidado podem ter contribuído para que as próprias mulheres tomassem a iniciativa de buscar apoio em dispositivos informais, como igrejas e grupos de autoajuda. Em geral, as participantes reportaram-se a esses espaços como acolhedores, acessíveis geograficamente e agregadores de pessoas que cooperavam para o alcance da abstinência. Todas as mulheres que buscaram apoio em igrejas, comunidades terapêuticas e grupos de autoajuda tinham como meta a abstinência de drogas.

Aquelas que procuraram comunidades terapêuticas destacaram o modo como foram acolhidas e a contribuição destas na minimização das consequências adversas da dependência química. Mencionaram que existiram dificuldades em permanecer internadas nestas instituições devido aos custos financeiro, conflitos interpessoais com outras residentes e ausência de suporte de equipe técnica.

A procura por instituições religiosas foi uma forma comum de busca de apoio para lidar com a dependência química, alcançar a abstinência e retomar as atividades diárias e o convívio familiar:

*Busquei ajuda na igreja universal. Senti paz espiritual (Guerreira 1).*

*Também busquei a igreja Paz e Vida. A presença de Deus não me dava vontade de beber nem fumar (Guerreira 3).*

*Eu ia para a igreja evangélica. Queria me libertar, o pessoal dizia que a gente se libertava. Mas eu saía pior do que entrava. Vim para cá e estou gostando. Eu pensando que estava escondendo as coisas indo para a igreja. O pessoal dizia que eu ia ficar curada. Aí minha mãe me chamou para cá, para o CAPSad (Guerreira 4).*

Nos relatos predominou a busca por instituições religiosas protestantes. Segundo Sanchez e Nappo (2007), quando se consideram os temas relativos à espiritualidade e à religiosidade no tratamento da dependência de drogas, nota-se, nitidamente, a preferência dos pesquisadores em estudar o papel dos grupos de autoajuda com base espiritual, mas, não religiosa, como AA. A maioria dos estudos baseados nos programas de tratamento realizados por igrejas fundamenta-se na corrente protestante, visto que ela foi à pioneira nessa área de atuação logo após a Segunda Guerra Mundial, implementando programas de recuperação em Chicago e New York.

É possível notar diferenças significativas na postura perante o consumo de drogas, em especial ao álcool, de acordo com a religião professada. Em estudo que abordou os mecanismos da intervenção religiosa proposto pelas três maiores religiões brasileiras (catolicismo, protestantismo e espiritismo), evidenciou-se que os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como forma exclusiva de tratamento, apresentando forte repulsa ao papel do médico e a qualquer tipo de tratamento farmacológico. Também foram eles os que descreveram a maior intensidade na crise vivida, relacionada especialmente às drogas ilícitas (SANCHEZ, 2006).

Dentre as participantes do estudo, duas frequentavam reuniões do grupo de autoajuda Alcoólicos Anônimos (AA). As mesmas informaram que a frequência no grupo trazia a sensação de pertença a um meio no qual as pessoas vivenciavam situações semelhantes, favorecia a expressão dos sentimentos e pensamentos do alcoolista e facilitava o alcance da abstinência.

Em nenhum momento esteve presente, nos relatos, a parceria do CAPSad com comunidades terapêuticas, igrejas e grupos de autoajuda, bem como outros espaços presentes no território e que poderiam contribuir para a saúde da mulher.

Conclui-se que a atenção à saúde das mulheres no CAPSad estava permeada por situações de negligências às suas especificidades e fragilidades

no desenvolvimento de ações que contribuíssem para a integralidade da assistência. Isso forçava as usuárias a lançarem-se na busca por apoio em outros dispositivos de apoio.

### **5.4.3 A assistência recebida pela mulher drogadita na perspectiva da integralidade**

Além das fragilidades na articulação do CAPSad com unidades de saúde e redes sociais de apoio, os relatos apontam outras lacunas importantes na assistência ofertada à mulher que não coadunam com a perspectiva de gênero e com o princípio da integralidade: acolhimento sem humanização; projetos terapêuticos ‘impessoais’; ausência de ações voltadas, especificamente, para o público feminino ou que favorecessem a igualdade de gênero; falta de propostas de reinserção social por meio do trabalho; dificuldades no acesso às ações de assistência social/ equipe técnica incompleta; ausência de atividades de lazer; poucas respostas resolutivas aos problemas cotidianos; e falta de garantia na aquisição gratuita do medicamento prescrito. Os trechos selecionados a seguir exemplificam tais achados:

*Estou sentindo muita dor, não tem remédio antiinflamatório. A médica não veio... (Guerreira 1).*

*Foi muito bom conversar com você, deu para desabafar. Coisa que nem a psicóloga deixou. Às vezes, o profissional não vê o lado da mulher, o lado emocional... O atendimento aqui é legal. Só que ultimamente está uma negação, não tem alimentação, merenda. A gente passa o dia aqui, fica ocupando a mente. Quando a gente vai pra rua, o negócio já muda.’ (Guerreira 7).*

*Uma vez falei pra médica que eu achava que ela estava passando por algum problema e ela disse que estava sim. Eu disse que ela tinha que conversar olhando no olho do paciente, prestar atenção. Tem que ter educação. Dizer ‘bom dia’, ‘boa tarde’, ‘pois não’, ‘no que posso ajudar?’, ‘o que a senhora sente?’. Não tem que chegar e só passar um remédio. Disse para ela que cada um dos profissionais tinha que passar por um psiquiatra, pois tem uns aqui que tem mais problemas do que a gente (Guerreira 8).*

*Às vezes, passo de mês sem vir. O grupo que participo é só de homens usuários de álcool. Me sinto constrangida, mas eu venho. A profissional toca em certos assuntos: uso de drogas, de crack... Eu fico calada. Sou tímida para falar. O grupo acontece lá em cima. Quando vou subindo pelas*



*escadas e vejo os homens me olhando eu já fico inibida. Uma vez disse para a médica que seria legal um grupo só para mulheres. Ela disse que ia ver, mas nunca viu. E olha que ela é mulher também! (Guerreira 15).*

*Não sou fácil de me relacionar. Não acho legal isso, eu gostaria muito de trabalhar esse meu lado para melhorar. O que me interessa discutir é isso, não sou chegada a esse negócio de artesanato, artes, essas coisas. Não sou contra. Seria bom também um exerciciozinho. Assim de meia hora, para gente fazer. E gosto de pegar um velho dançando forró (risos). Também gosto de passeio. Eu sou doida para passear (Guerreira 16).*

*Seria bom algum trabalho assim em grupo, só para mulheres, para a gente aprender o que sabe umas com as outras (Guerreira 17).*

A partir dos resultados desta e das demais subcategorias de análise, observou-se a precarização da assistência ofertada à mulher e a consequente violação do acesso ao direito à saúde, enquanto princípio constitucional.

Aspectos como os espaços físicos inadequados, a acessibilidade questionável, a insuficiência de recursos materiais e alguns profissionais que não trabalhavam na perspectiva de gênero foram comumente identificados durante a pesquisa de campo.

O quadro geral apresentado, ao longo deste estudo, reflete a situação de desassistência às usuárias do CAPSad na perspectiva de gênero, integralidade e no cumprimento de aspectos ancorados no arcabouço legal da Reforma Psiquiátrica.

O CAPSad não desenvolvia seu papel primordial de atuar com base na lógica comunitária, facilitando a articulação de redes de cuidados intersetoriais: saúde, assistência, educação, habitação, cultura, segurança, lazer, entre outras. Devido a essa limitação, o serviço funcionava com um mero ambulatório especializado na reprodução do modelo biomédico, não propiciando o cuidado à mulher drogadita na lógica do direito à saúde de forma integral, equânime e comunitária.

As possibilidades de integralidade na atenção em saúde à mulher drogadita permeiam suas trajetórias reais nos sistemas de saúde ou nos serviços intersetoriais. A integralidade é algo a se construir e, assim, pode ser feita a partir das necessidades sociais, afetivas e espirituais dos usuários e não, apenas, em função das ofertas de cuidado dos serviços.

As mulheres em situação de dependência química são afetadas por questões socioeconômicas e enfrentam oportunidades, obstáculos e desafios de modo singular; apresentam e manifestam necessidades e demandas específicas, nem sempre atendidas no CAPSad. Vivenciam desigualdades no tratamento, muitas vezes, pelo fato do mesmo, ainda, se pautar na perspectiva de que dependência química é uma problemática típica do universo masculino.

No contexto apresentado, as mulheres permaneciam mais passivas, quietas e submissas diante da assistência ofertada. Foram comuns nos relatos as vivências de submissão às relações desiguais e autoritárias, nos aspectos interpessoais, inclusive no próprio serviço. As próprias mulheres identificaram fragilidades na assistência, mas, também, não mobilizavam seu potencial de organização coletiva para a mudança. Emerge a necessidade de uma gestão que fomente a participação da população e promova a reinserção social.

Faz-se necessária a melhoria no acesso aos serviços de saúde mental especializados no tratamento da dependência química na perspectiva da ampliação da oferta de cuidados, na qualidade da escuta e na percepção da integralidade da mulher por parte dos profissionais.

Considera-se, portanto, essencial a qualificação dos serviços em seus aspectos físicos, de insumos e recursos humanos; a criação de novos leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a criação de estratégias de articulação intersetorial, efetivação da co-responsabilização dos serviços de atenção primária e de média e alta complexidade na lógica territorial, além do fortalecimento da ação comunitária, como formas de tornar possível a assistência integral.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A rede pública responde pela maior parcela do acesso aos serviços de saúde mental. Porém, o estudo aponta discrepância entre os serviços ofertados e as demandas oriundas da condição de ser mulher drogadita e usuária do sistema de saúde pública, no município de Fortaleza – CE.

Com base no observado e no apreendido nos discursos das mulheres foi possível identificar elementos que interferem na atenção prestada a esta clientela na rede de atenção em saúde, notadamente, no CAPSad. O serviço, cenário deste estudo, mostrou-se oportuno, mas, nem sempre, adequava-se às necessidades da população feminina.

Percebeu-se uma assistência impessoal que não considerava a perspectiva de gênero e a singularidade da mulher; insuficiência no quantitativo de CAPSad para o contingente populacional a ser atendido; equipe técnica reduzida; assistência, ainda, fortemente marcada pelo paradigma biomédico, desconsiderando-se o conceito ampliado de saúde; insumos escassos para o desenvolvimento das atividades previstas para o dispositivo de atenção.

Os recursos terapêuticos ofertados no CAPSad restringiam-se a: atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimento em grupo (grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas, expressivas); atendimento familiar (em grupo ou individuais). Predominaram ações centralizadas e desenvolvidas no próprio serviço; e não se observou a realização de atividades comunitárias, reuniões de equipe, assembleias semanais, visitas domiciliárias, atividades interdisciplinares e intersetoriais. Também não se observou participação da população e dos trabalhadores na gestão do serviço.

Com base nos resultados do estudo é possível afirmar que elementos sociais concorreram para a vulnerabilidade das mulheres ao uso e/ou abuso de drogas psicoativas, predispondo-as à dependência química. Alguns desses aspectos podem ter sido, também, determinantes para a busca de ajuda e permanência no serviço, além de terem refletido nas características clínicas da demanda estudada.

O acesso, mesmo que dificultoso, da mulher ao CAPSad mostrou-se possível, embora, a acessibilidade e a integralidade na assistência sejam questionáveis. Note-se que as relações de gênero influenciam nesses processos

de assistência às mulheres drogaditas assistidas na rede de assistência em saúde, no município de Fortaleza - CE.

As questões de gênero foram identificadas relacionadas à acessibilidade das mulheres, não só ao CAPSad, mas, também, a outros dispositivos de rede de atenção em saúde. Nesse sentido, a atenção na perspectiva do princípio da integralidade no SUS e os preceitos da Reforma Psiquiátrica, ainda, não chegaram ao nível local e mostravam-se distantes da realidade vivenciada por esta clientela.

A peculiaridade do universo feminino traz a necessidade de questionar os modelos oferecidos para tratamento do abuso de substâncias e dependência química e aponta para a necessidade de se buscar novas formas de abordagens que atendam às necessidades das mulheres.

Como o acesso aos serviços de saúde, por si só, não garante a atenção integral, reitera-se a importância de uma maior articulação entre eles e os demais dispositivos da rede de apoio, frequentemente buscados pelas participantes nas suas trajetórias de vida, de modo a compor uma rede de atenção psicossocial que contemple a singularidade de cada mulher e o ideal da integralidade da assistência.

As mulheres drogaditas apresentam necessidades que, nem sempre, são percebidas pelos profissionais do CAPSad e que se relacionam à condição reprodutiva, atenção às crianças, impacto da violência física e sexual experienciada e tabus sociais, por exemplo. Faz-se necessário, então, pensar de forma, mais ampliada, sobre a drogadição feminina, considerando a categoria gênero na acessibilidade aos serviços de saúde e na qualidade da atenção dispensada a elas.

Dentre os serviços especializados o CAPSad deve representar mais que um apoio, sendo a porta de entrada ao sistema de saúde e, também, responsável pela assistência. Deste modo, deve propiciar o planejamento individualizado da assistência, com base em um projeto terapêutico singular, buscando reduzir o estigma e favorecer a reinserção social dessas usuárias.

No CAPSad o Enfermeiro, como integrante da equipe interdisciplinar, deve atuar com o objetivo de prestar um cuidado voltado às necessidades de cada indivíduo, considerando o contexto em que está inserido, a partir dos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica que incluem, entre outros:

acolhimento, vínculo, escuta, interdisciplinaridade, atenção integral e individualizada, inclusão social, reabilitação psicossocial.

Aos profissionais, incluindo os Enfermeiros, considera-se fundamental a capacitação teórica para lidar com os aspectos relativos à dependência química e outros considerados fundamentais, entre eles as questões de gênero e as representações sociais inerentes à mulher que procura tratamento.

Os subsídios teóricos produzidos a partir dessa investigação poderão contribuir para o esclarecimento de lacunas no processo de Reforma Psiquiátrica relacionados com a acessibilidade, a integralidade e gênero, no contexto da dependência química. Tais conhecimentos permitem fortalecer e transformar as políticas e práticas de saúde, ajudando a melhorar a atenção prestada, na perspectiva da acessibilidade e integralidade da mulher, em uso e/ou abusivo de drogas psicoativas, à rede de saúde mental, repercutindo na integralidade da assistência.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, D.T.; SILVEIRA, L.C.; PALÁCIO, P.D.B.; DUARTE, M.K.B. A clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p.107-20, 2011.

AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, p.121-32, 2006.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p. 56-63, 2010.

BERENZON, S.; ROBLES, R. REED, G.M.; MORAL, M.E.M. Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n.1, 2011.

BORGES, K.T. O programa de apoio ao dependente químico em ação: descrição, análise e dificuldades. **Revista Debates em Psiquiatria**, p. 24-33, 2012.

BORGES, M.T.T.; BARBOSA, R.H.S. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p.1129-39, 2009.

\_\_\_\_\_. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2834-42, 2008.

BOTTI, N.C.L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, p.162-76, 2009.

BRAGA, V.A.B.; GOMES; M.A.B.; LIMA, H.P. **Mulher assistida no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: conhecendo esta realidade**. Fortaleza, 2012. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII **Conferência Nacional De Saúde: relatório final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**. Brasília, v.4, n.2, p.15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº3/ GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005. Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. 48 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUTLER, J. **Gender trouble**: feminism and the subversion of identity. London: Routledge, 1990.

\_\_\_\_\_. Desdiagnosticando o gênero. **Physis**, v. 19, n. 1, p.95-126, 2009.

CAMPOS, F.E.; ACURCIO, F.A.; REIS, E.F.J.B.; SANTOS, F.P.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, n.6, p.50-61, 1990.

CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L.M. **Cadernos de saúde I: planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.

CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, p. 9-35, 2001.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v.8, n.15, p.37-64, 2003.

CASSOL, P.B.; TERRA, M.G.; MOSTADEIRO, S.C.T.S.; GONÇALVES, M.O.; PINHEIRO, U.M.S. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n.1, p.132-8, 2012.

CESAR, B.A.L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. **J Bras Psiquiatr**, v.55, n. 3, p. 208-11, 2006.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, v.13, n.1, p.154-60, 2009.

COUOTOLENC, B.F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CRAUSS, R.M.G.; ABAID, J.L.W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos**, v.5, n.1, p.62-72, 2012.

CRUZ, F.C.A. **O alcoolismo na mulher idosa: consequências nos aspectos comportamentais**. Monografia (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de Especialização em Gerontologia, Fortaleza, Ceará, 2007.

DIAS, M.K. **Centros de Atenção Psicossocial: do Modelo Institucional à Experiência Social da Doença**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. 212f.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico transtornos mentais**. DORNELLES, C. (tradução). 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002

DUARTE, C.M. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciên. saúde coletiva**, v.5, n.2, p.443-463, 2000.

ELBREDER, M.F.; LARANJEIRA, R.; SIQUEIRA, M.M.; BARBOSA, D.A. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J. bras. psiquiatr**, v.57, n.1, p. 9-15, 2008.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 43-55, 2005.



FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, p.129-38, 2009.

FONSECA, R.M.G.S.. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev. esc. enferm. USP**, v.39, n.4, p.450-459, 2005.

FONTANELLA, B.J.B.; MELLO, G.A.; DAMARZO, M.M.P.; TURATO, E.R. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.3, p.196-202, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; TURATO, E.R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2002.

FORTALEZA. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza – perfil da SER III**. Fortaleza: Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE, Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC, 2014a.

FORTALEZA. Empresa de Transporte Urbano de Fortaleza – ETUFOR. Itinerários de ônibus e vans. 2014b. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/etufor/servicos/cidadao/transporte/itinerarios-de-onibus-e-vans>>. Acessado em 09 Fev 2014.

FORTESKI, R.; RADUENZ, M.; SACHETTI, V.A.R. Relato de experiência: procedimento de sala de espera em um CAPSad. **Rev. Saúde Públ.**, v. 6, n. 3, p. 120-33, 2013.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui.** Educação e Pesquisa, v.33, n.1, p. 151-61, 2007.

GUIMARÃES, A.B.P.; HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO, S.; INGBERMAN, Y.K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.36, n.2, p.69-74, 2009.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; KANTORSKI, Luciane Prado; QUEVEDO, André Luis Alves de. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto contexto enferm**, v.18, n.2, p. 241-8, 2009.

LEVORATO, A.M.; RODRIGUES, E.; FREITAS, M.C.D. Análise da necessidade de implantação de unidade feminina de dependência química no Hospital Colônia Adauto Botelho. **Gestão de Políticas Públicas no Paraná**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2012.

LIMA, H.P. **Grupo de autoajuda ao alcoolista como dispositivo da rede de apoio social**. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LIMA, H.P.; MACÊDO, J.Q.; BRAGA, V.A.B.; LEMOS, A.M.; SILVA JÚNIOR, I.A. Profile of women drug addicts treated at the psychosocial care center alcohol and other drugs: documental study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.10, n.2, p 1-8, 2011.

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9, p.2033-42, 2009.

MAGDALENO, R.; CHAIM, E.A.; PEREJA, J.C.; TURATO, E.R. A psicologia da paciente bariátrica: o que substitui a obesidade? Uma pesquisa qualitativa com mulheres brasileiras. **Obesity Surgery**, v.21, n.3, p 336-9, 2011.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L.R.D.; AMARAL, R.A.; SANTOS, V.C.V. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.34, n.1, p. 16-23, 2012.

MALIK, A.M. **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C.; GALVÃO, M.T.G.; NASCIMENTO, E. R.. Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Rev Min Enferm.**, v.17, n.3, p.731-5, 2013.

MILBRATH, V.M.; AMESTOY, S.C.; SOARES, D.C. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.6, p.755-760, 2009.

MORAES, L.M.P. **Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar**. 2008. 242f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

NAZÁRIO, R.C.P.; TURATO, E.R. Fantasias sobre gravidez e maternidade relatadas por mulheres adultas férteis em hemodiálise, sudeste do Brasil: um estudo clínico-qualitativo. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.61, p.55-61, 2007.

NÓBREGA, M.P.S.S. Fenômeno das drogas lícitas e ilícitas e assistência de enfermagem. In: CARVALHO, M.B. **Psiquiatria para enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012, 351p.

NÓBREGA, M.P.S.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 816-23, 2005.

NOVAES, Cláudio; MELO, Nilson Roberto de; BRONSTEIN, Marcello Delano; ZILBERMAN, Mônica Levit. Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.27, n.1, p.16-21, 2000.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES, N.V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.188-96, 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, 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**, v.11, n.2, p.473-81, 2006.

PATRIOTIA, L.M. Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional. **V Jornada de Políticas Públicas**. São Luis: Maranhão. 2011.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandez Velloso e revisão de Mônica SM da Silva. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHO, L.B.; HERNANDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v.14, p.612-9, 2009.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa, NOGUEIRA, Maria Sônia Lima, COSTA, Liduína Farias Almeida da, VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 7, p. 2157-66, 2013.

RIBEIRO, D.V.A. **Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas.: estudo clínico-qualitativo**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, D.V.A.; AZEVEDO, R.C.S.; TURATO, E.R.. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.6, p.1827-34, 2013.

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto enferm.**, v.14, n.3, p. 350-7, 2005.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** DORNELLES, C. (tradução). 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1584p.

SANCHEZ, Z.M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas.** Tese (Doutorado) - Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, n.1, p.73-81, 2007.

SARAIVA, Kaelly Virgínia de Oliveira. **Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação.** Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. **Am. Hist. Rev.**, v.19, n.5, p.1053-75, 1986.

SCHNEIDER, J.F.; SOUZA, J.P.; NAS, C. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev. Gaúch. Enferm**, v.30, n.3, p. 397-405, 2009.

SEADI, S.M.S.; OLIVEIRA, M.S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**, v.21, n.2, p. 363-78, 2009.

SILVA, D.S. **Gênero e assistência as usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** Dissertação (Mestrado) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, M.G.B. **O pensar e o agir das mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: alcoolismo feminino e o caminho da recuperação.** Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SOUZA, A.M.A.; FRAGA, M.N.O.; BRAGA, V.A.B.; SABINO, L.M.M.; BARBOSA, S.M.; PACHECO, J.S.; PAULA, M.G.M.; MOREIRA, D.A. Grupos de sala de espera. In: SOUZA, A.M.A. (org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa.** Fortaleza: Expressão gráfica editora, 2011.

SOUZA, J.G.; LIMA, J.M.B; SANTOS, R.S. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 4, p. 622-629, 2008.

TURATO, E.R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Rev. Portuguesa de Psicossomática**, v.2, n.1, p.93-108, 2000.

\_\_\_\_\_. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

\_\_\_\_\_. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VENOSA, P.A.S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. **Rev. SPAGESP**, v.12, n.1, p. 56-65, 2011.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n. 4, p.997-1006, 2009.

**APÊNDICE 1**  
**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

<b>Atividade observada/ local</b>	<b>Tempo de observação (duração)</b>	<b>Profissionais envolvidos na atividade</b>	<b>Númer de mulheres envolvidas na atividade</b>	<b>Observações</b>

**APÊNDICE 2**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**I. Características sociodemográficas**

Idade (em anos): \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Situação conjugal: \_\_\_\_\_ Renda mensal: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Religiosidade: \_\_\_\_\_

Condições de moradia: \_\_\_\_\_

Composição familiar: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_:

Filhos: \_\_\_\_\_

**II – Caracterização clínica**

Substância usada de forma abusiva que motivou a busca de tratamento: \_\_\_\_\_

Tempo de uso abusivo da substância para a qual buscou tratamento: \_\_\_\_\_

Presença de prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos relacionados ao uso recorrente acarretando:

- Negligência de obrigações importantes no trabalho, escola ou casa? Caso a resposta seja afirmativa, quais? \_\_\_\_\_

—

- Perigo para a integridade física? Caso a resposta seja afirmativa, qual? \_\_\_\_\_

—

- Problemas legais? Caso a resposta seja afirmativa, quais? \_\_\_\_\_

—

—

- Problemas sociais? Caso a resposta seja afirmativa, quais? \_\_\_\_\_

—

—

- Problemas interpessoais? Caso a resposta seja afirmativa, quais? \_\_\_\_\_

### III – Trajetória de uso de drogas psicoativas e tipos de ajuda buscados

Idade de início do uso de droga psicoativa (em anos): \_\_\_\_\_

Primeira droga psicoativa usada/experimentada: \_\_\_\_\_

Droga(s) psicoativa(s) usada(s)/experimentada(s) na vida: \_\_\_\_\_

—

Droga(s) de preferência: \_\_\_\_\_

Uso de fumo: \_\_\_\_\_

Uso de medicamento psicotrópico: \_\_\_\_\_

Tipos de ajuda buscados anteriormente para lidar com o uso abusivo de drogas: \_\_\_\_\_

—

Tipos de ajuda buscados atualmente para o uso abusivo de drogas: \_\_\_\_\_

—

Tempo de tratamento no CAPSad: \_\_\_\_\_

Motivo de busca do CAPSad: \_\_\_\_\_

Quem o indicou? \_\_\_\_\_

Frequência de participação no CAPSad: \_\_\_\_\_

Atividades que participa no CAPSad: \_\_\_\_\_

—

Tipos de acompanhamento profissional que participa no CAPSad: \_\_\_\_\_

—

Existência de pessoas próximas com uso abusivo? Caso a resposta seja afirmativa, quem? \_\_\_\_\_

—

Comorbidade psiquiátrica? Caso a resposta seja afirmativa, qual (is)? \_\_\_\_\_

### IV. Questões norteadoras:

1. Como você se percebe como mulher usuária de drogas?

2. Como você se percebe como mulher assistida neste serviço de saúde especializado (CAPSad)?



3. Deseja falar algo mais?