UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANA LUIZA ALVES ROSA LEITE

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO CAPS AD GUARÁ

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANA LUIZA ALVES ROSA LEITE

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO CAPS AD GUARÁ

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA - DF
2015

UnB
Instituto de Psicologia

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANA LUIZA ALVES ROSA LEITE

PERFIL SOCIOGRÁFICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO CAPS AD GUARÁ

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

_____
Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

_____
Prof.
Avaliador 1

_____
Prof.
Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Para meu marido e meu filho, sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus por esta conquista.

À minha família que me apoiou e me incentivou ao longo do curso.

A todos os professores pelo ensinamento e aprendizagem.

A todos que trabalham comigo no CAPS AD Guará.

À querida amiga Isabel Cristina pelas dicas e ensinamentos.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão desse curso.

"[...] só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver".

Dalai Lama

RESUMO

Esta monografia apresenta um estudo sobre os dados sociodemográficos de mulheres dependentes químicas atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do Guará. O estudo identificou e analisou o perfil das usuárias ativas no que se refere à idade, escolaridade, situação laboral, religião, local de moradia, estado civil, número de filhos, droga utilizada e forma de encaminhamento. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa em fonte documental. Os dados foram coletados dos prontuários de 173 mulheres dentre os 1467 prontuários ativos de pacientes do sexo masculino e feminino do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Guará. Constatou-se que 35,47% têm entre 31 a 40 anos; 37,79% são católicas; 29,32% têm apenas um filho; 42,44% estão desempregadas; 29,65% possuem ensino fundamental incompleto; 61,05% das mulheres atendidas chegaram ao tratamento por demanda espontânea; 48,84% moram no Guará; 59,30% das mulheres são solteiras; 58 72% das mulheres fazem uso de álcool e outras drogas; 32% das usuárias de álcool possuem ensino médio; 31,82% das usuárias de álcool e tabaco possuem o ensino fundamental incompleto; 57,14% das usuárias de psicotrópicos possuem ensino fundamental incompleto; 29,41% das usuárias de drogas, exceto álcool possuem ensino médio; 30,69% das usuárias de álcool e múltiplas drogas possuem ensino fundamental incompleto e 30,68% das usuárias de crack possuem ensino fundamental incompleto.

Palavras-chave: Mulheres. Dependência Química. Dados Sociodemográficos.

ABSTRACT

This monograph presents a study on the socio-demographic data of chemically dependent women seen at the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs of Guará. The study identified and analyzed the profile of active users in regard to age, education, employment status, religion, place of residence, marital status, number of children, drug use and types of assistance. This is a descriptive-exploratory study with a quantitative approach in documentary source. Data were collected from medical records of 173 women from 1467 active medical records of male and female patients of Guará's Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs. It was found that 35.47% are between 31-40 years; 37.79% are Catholic; 29.32% have only one child; 42.44% are unemployed; 29.65% had not completed primary education; 61.05% of the attended women came to treatment by spontaneous demand; 48.84% live in Guará; 59.30% of the women are single; 58 72% of women use alcohol and other drugs; 32% of alcohol users have high school; 31.82% of alcohol and tobacco users have incomplete primary education; 57.14% of psychotropic users have incomplete primary education; 29.41% of drug users - except alcohol - have high school; 30.69% of alcohol users and multiple drugs had not completed primary school and 30.68% of crack users have incomplete primary education.

Keywords: Women. Chemical Dependency. Socio-demographic data.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico 1 Faixa etária..... 35
Figura 2 - Tabela 1 Faixa etária..... 35
Figura 3 – Gráfico 2 Religião..... 36
Figura 4 – Tabela 2 Religião 36
Figura 5 – Gráfico 3 Número de filhos..... 37
Figura 6 – Tabela 3 Número de filhos..... 37
Figura 7 – Gráfico 4 Ocupação..... 38
Figura 8 – Tabela 4 Ocupação 38
Figura 9 – Gráfico 5 Escolaridade 39
Figura 10 – Tabela 5 Escolaridade 39
Figura 11 – Gráfico 6 Forma de encaminhamento 40
Figura 12 – Tabela 6 Forma de encaminhamento..... 40
Figura 13 – Gráfico 7 Moradia 41
Figura 14 – Tabela 7 Moradia 41
Figura 15 – Gráfico 8 Estado civil..... 42
Figura 16 – Tabela 8 Estado Civil 42
Figura 17 – Gráfico 9 Drogas consumidas 43
Figura 18 – Tabela 9 Drogas consumidas..... 43
Figura 19 – Gráfico 10 Relação entre álcool e escolaridade 44
Figura 20 – Tabela 10 Relação entre álcool e escolaridade..... 44
Figura 21 – Gráfico 11 Relação entre álcool, tabaco e escolaridade..... 45
Figura 22– Tabela 11 Relação entre álcool, tabaco e escolaridade 45
Figura 23– Gráfico 12 Relação entre psicotrópicos e escolaridade..... 46
Figura 24– Tabela 12 Relação entre psicotrópicos e escolaridade 46
Figura 25– Gráfico 13 Relação entre álcool, múltiplas drogas e escolaridade..... 47
Figura 26– Tabela 13 Relação entre álcool, múltiplas drogas e escolaridade 47
Figura 27– Gráfico 14 Relação entre crack e escolaridade..... 48
Figura 28– Tabela 14 Relação entre crack e escolaridade..... 48
Figura 29– Gráfico 15 Relação entre outras drogas (exceto álcool) e escolaridade..... 49
Figura 30– Tabela 15 Relação entre outras drogas (exceto álcool) e escolaridade 49

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS ADI	Centros de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas para Adolescência e Infância
Centros POP	Centros Especializados para a População em Situação de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EJA	Educação para Jovens e Adultos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio às Famílias
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
SIA	Setor de Indústria e Abastecimento
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13
1.2 METODOLOGIA.....19
1.2.1 MÉTODOS.....19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....20
2.1 GÊNERO, MULHERES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA..... 20
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL 24
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E NO DF E OS CAPS AD..... 27
2.4 CAPS AD GUARÁ.....31
2.5 PREVALÊNCIA..... 34
3 RESULTADOS..... 35
4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS..... 50
5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES..... 53
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 55

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil tinha como característica, principalmente antes da década de 1990, o seu direcionamento em serviços hospitalares especializados como forma de assistência. Em 2001 foi sancionada a Lei Federal 10216/01 que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona a assistência em saúde mental do Brasil, privilegiando o tratamento em serviços abertos, não hospitalares e de base comunitária. Essa lei foi o resultado de movimentos sociais que denunciava a violência praticada nos manicômios e uma assistência em saúde mental constituída quase que exclusivamente de uma rede privada. (CARLINI *et al.* , 2006).

O atual modelo de assistência à saúde mental foca em ampliar e a qualificar o cuidado nos serviços comunitários com base no território. O serviço hospitalar passa a ser mais um e não apenas o único tipo de tratamento oferecido aos usuários com transtorno mental. A Lei Federal 10216/01 prevê a redução gradual e planejada de leitos psiquiátricos, implementa uma rede comunitária de serviços e cria diversos dispositivos articulados em rede, como o Centro de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial – CAPS (CARLINI *et al.* , 2006).

De Acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001, dependência química é “um padrão de uso de substâncias psicotrópicas que está causando dano à saúde”.

A OMS destaca que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como doença médica crônica e como problema social. Caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão pela substância e experimentar seu efeito psíquico, e, às vezes evitar o desconforto provocado por sua ausência.

Os Centros de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial, CAPS AD foram criados em 19 de fevereiro de 2002 pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 336 para proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. (BRASIL, 2002).

As diversas modalidades de CAPS foram instituídas como serviços estratégicos na organização e na regulação da rede de saúde mental, de forma a atender as principais diretrizes da reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, que busca a redução contínua e programada de leitos psiquiátricos no País.

A Portaria 336 também prevê o atendimento individual, em grupos, em oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social. Além disso, preconiza a existência de equipe multidisciplinar composta por médico psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, profissionais de nível médio, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

O Brasil ainda carece de mais estudos sobre dependência química, principalmente aqueles que relacionam drogas e mulheres. Considera-se que as mulheres enfrentam muitas dificuldades para chegar e permanecer no tratamento, como: a falta de creche e ajuda legal; ou pessoais como falta de emprego e dependência financeira; ou ainda sociais, dentre eles estigma social e oposição do companheiro. (BRASILIANO e BRUNFENTRINKER, 2004).

“As mulheres dependentes de substâncias psicoativas provavelmente não são um grupo homogêneo, e entende-se que perfis específicos podem estar relacionados a respostas diferentes ao tratamento” (BRADY e RANDALL, 1999; HOCHGRAF e ANDRADE, 2004 *apud* BRASILIANO e HOCHGRAF, 2005).

De acordo com estudos, o Brasil apresenta um número insuficiente de serviços de saúde especializados na saúde mental para mulher. O abandono do tratamento de mulheres dependentes químicas em pesquisa realizada foi de 53,1% já no primeiro mês de tratamento. Sabe-se que o sucesso dos programas de tratamento para dependência química depende de uma maior permanência do paciente na unidade. (LARANJEIRA, 2008).

“É importante rever a forma como as equipe de saúde lidam com a problemática e o sofrimento feminino, evidenciando um despreparo das equipes de saúde no atendimento da saúde mental da mulher” (BRASILIANO e HOCHGRAF, 2006; RENNÓ. *Et al.* , 2006 *apud* GOMES,2010).

A atenção integral e contínua a pessoas usuárias engloba etapas que vão desde a definição do diagnóstico da dependência química, encaminhamento e/ ou acesso à rede pública de atenção a saúde mental, acolhimento no âmbito dos CAPS AD, definição da abordagem de tratamento (plano terapêutico).

A Portaria Nº 130, de 26 de Janeiro de 2012 que redefiniu as formas de funcionamento e atenção a serem prestadas pelos CAPS AD, já apresenta os principais parâmetros a serem

adotados na atenção a ser prestada aos usuários atendidos pelos CAPS AD: trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, sob a lógica de equipe interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média; atendimento individual para consultas em geral, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades de reabilitação psicossocial.

> A doença mental, assim como o desemprego, existe em um determinado espaço e em um determinado tempo, os aspectos social e histórico são expressos objetivamente pela sua distribuição desigual entre os diferentes grupos da população. (LUDEMIR, 2000)

Segundo o modelo funcional de Jahoda, 1988 *apud* Ludemir, 2000, o desemprego impede o indivíduo de vários ganhos, tais como os benefícios da remuneração e mais cinco funções não tão claras: a estruturação temporal do cotidiano, contatos com pessoas fora do círculo familiar, metas e propósitos que ultrapassam o individual, status e identidade.

As mulheres enfrentam maiores taxas de desemprego que os homens (HAMMARSTROM *et al.,* 1988; KASSARDA & PARNEEL,1993 *apud* LUDEMIR, 2000) e, nos países em desenvolvimento, são frequentemente encontradas trabalhando no setor informal da economia (MACHADO, 1991 *apud* LUDEMIR, 2000).

> A teoria dos papéis sociais propõe duas explicações competitivas: o trabalho remunerado protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo status do trabalho doméstico; o trabalho remunerado causa conflito e sobrecarga de papéis pelas demandas simultâneas da atividade remunerada, do trabalho doméstico, do marido e dos filhos, levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos (POWER *et al.*, 1991; BARTLEY *et al*., 1992; MACRAN, 1993 *apud* LUDEMIR 2000).

A classe social é refletida melhor pelo acesso à escola do que a ocupação e a renda, pela igualdade de acesso a homens e mulheres e superar as dificuldades de comparação internacional das diferentes estruturas ocupacionais. (Duncan *et al*.1993 *apud* Ludemir e Filho, 2002). Além disso, a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois promove mais escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis. (MURPHY *et al*., 1991 *apud* FILHO e LUDEMIR, 2002)

> A educação reflete como foram as oportunidades sociais e materiais do início da vida e que são reproduzidas de uma geração para outra. A classe de origem determina o comportamento dos pais e influencia a permanência dos filhos na escola. No Brasil, a evasão escolar pode ser explicada pela necessidade precoce de trabalhar. O grau de escolaridade, ao qualificar os indivíduos para certas ocupações, influencia condições socioeconômicas futuras e sua inserção na estrutura ocupacional. Baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho,

> expressões da estrutura das classes sociais, proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos Transtornos Mentais Comuns. (LUDEMIR, FILHO, 2002)

Vários estudos populacionais sugerem uma maior probabilidade de pessoas com baixa escolaridade e renda terem mais chance de desenvolver transtornos mentais. A depressão acomete mais mulheres, pessoas divorciadas ou separadas, vivendo sozinhas, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregadas e morando em zonas urbanas. (LIMA, 1999)

A interação dinâmica entre o tipo de droga consumida, o indivíduo e o contexto social e familiar formam o tripé biopsicossocial das dependências químicas. (BRASIL, 2012)

Vasconcelos e Oliveira, 2004 *apud* Monteiro e Pinheiro, 2007, enfatizam que o trabalho, ao produzir no homem um sentido de inclusão social, revela o quanto a sociedade dá importância a quem está produzindo, valorizando aquele indivíduo que tem vínculo empregatício, salário fixo e estabilidade, por mais que haja uma forte tendência para economia para o trabalho informal. Porém, o fato de não estar trabalhando, leva o homem a enfrentar um processo de desvalorização social.

Segundo o Minidicionário Luft, 2010, demográfico refere-se à demografia, que significa estudo estatístico da população. Socio significa membro de uma da sociedade. Os dados sociodemográficos referem-se então a estatística de elementos relacionados à sociedade.

A dependência química somada a fatores sociodemográficos como desemprego, baixa escolaridade, condições precárias de moradia e baixa renda aumentam a vulnerabilidade dos dependentes químicos a terem um agravamento do quadro, com o aumento do consumo de substâncias psicoativas e menor chance ao acesso à educação e emprego.

O tema desta pesquisa surgiu a partir do meu interesse em coletar dados sobre o perfil sociodemográfico das mulheres, uma vez que a Terapia Ocupacional desenvolve um projeto em conjunto com o Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília para inserção ou reinserção dos usuários do CAPS AD Guará no mercado de trabalho e escola e necessitamos desses dados para direcionar algumas ações. Desde que iniciei minha atividade como Terapeuta Ocupacional em dezembro de 2005, observo que há um número muito reduzido de mulheres tanto no acesso, quanto daquelas que permanecem em tratamento na unidade, ainda que haja uma prevalência maior de homens no uso de álcool e outras drogas (CARLINI *et al*. , 2006). Dispor de indicadores sociodemográficos pode balizar a equipe multidisciplinar do CAPS AD Guará para o planejamento e tomada de decisões com relação

ao tratamento oferecido às mulheres dependentes químicas a partir do efetivo conhecimento de dados que influenciam o processo terapêutico.

Nos grupos coordenados pelas Terapeutas Ocupacionais trabalhamos os fatores de proteção e os de risco relacionados à dependência química, apoiamos a autonomia, o retorno à escola e a reinserção no mercado de trabalho.

Conhecendo melhor o perfil sociodemográfico das usuárias nosso trabalho pode ser direcionado considerando esses fatores na formação dos grupos terapêuticos e na implementação de ações relacionadas à educação e ao trabalho.

Todos os grupos terapêuticos do CAPS AD Guará são mistos, construídos com um número bem superior de homens em relação ao número de mulheres.

Os grupos compostos apenas por mulheres foram extintos há mais de dois anos devido ao número reduzido de profissionais na nossa unidade e a baixa adesão ao grupo.

Este estudo pretende traçar um perfil das mulheres atendidas no CAPS AD Guará, a partir das variáveis: idade, escolaridade, situação laboral, religião, local de moradia, número de filhos, estado civil, droga utilizada e forma de encaminhamento. A partir desse diagnóstico, a equipe do CAPS terá elementos importantes para implementar ações direcionadas a esse público, levando-se em conta suas especificidades.

> A baixa demanda de atenção e de acesso aos serviços da rede de cuidado por parte das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, nos leva a indagar nossas práticas, a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes. (BRASIL, 2014)

Estudos demonstram que a implantação de políticas públicas bem sucedidas e eficazes, em especial para o tratamento de dependência química, depende do conhecimento do perfil detalhado dos dependentes, bem como a estratégia utilizada no tratamento. (BRASIL, 2012).

O objetivo geral deste trabalho é identificar e analisar as principais diferenças no perfil sociodemográfico das usuárias ativas atendidas no CAPS AD Guará relacionados à idade, escolaridade, situação laboral, estado civil, religião, local de moradia, número de filhos, droga utilizada, forma de encaminhamento; comparar dados entre uso de álcool e escolaridade, uso de álcool, tabaco e escolaridade, psicotrópicos e escolaridade, outras drogas (exceto álcool) e escolaridade, álcool, múltiplas drogas e escolaridade e crack e escolaridade.

Os objetivos específicos são: Ter maior conhecimento sobre o perfil das mulheres atendidas no CAPS AD Guará; Contribuir através dos dados sociodemográficos para futuras

ações de saúde relacionadas às mulheres dependentes químicas do CAPS AD Guará e balizar a equipe multidisciplinar na formação dos grupos terapêuticos.

1.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa em fonte documental que analisou o período de agosto de 2013 a outubro de 2013. Os dados foram coletados do universo de 173 prontuários de mulheres de um total de 1467 prontuários ativos (homens e mulheres) do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Guará.

Segundo Vergara (2007), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população, fenômeno ou estabelece relações entre variáveis e define sua natureza. A autora refere que a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora possa ser utilizada como base para tal explicação.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2009), busca se familiarizar com algum tema específico, levantando algumas hipóteses. É bastante flexível quanto ao seu planejamento, tomando a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

Segundo Gil (2009) a pesquisa documental utiliza documentos que não receberam tratamento analítico, chamados de fonte primária. Os documentos podem ser correspondência, documentos de cartório, filmes, entre outros.

Foram selecionados para o estudo os prontuários de todas as pacientes do sexo feminino do CAPS AD do Guará que estavam ativas no tratamento. Foram excluídos do estudo pacientes cujos prontuários estavam inativos.

1.2.1 MÉTODOS

Coleta de dados:

A pesquisa foi desenvolvida por meio de levantamento de cadastro (ficha de acolhimento) e análise de prontuários das mulheres atendidas no CAPS AD Guará que estavam ativas no tratamento.

São considerados ativos os pacientes que estão frequentando os grupos terapêuticos e consultas individuais no CAPS AD Guará.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Excel.

2.1 GÊNERO, MULHERES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Segundo Olinto, 1988, gênero é um conceito das Ciências Sociais surgido nos anos 70, relativo à construção social do sexo. “É a diferença entre atributos culturais determinados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres”. (HEILBORN,1991, 1994 *apud* OLINTO, 1988).

Conforme Casares (2008) *apud* Andrade e Zanello (2014), o novo conceito de gênero surgiu como o fim do determinismo biológico implícito no conceito de sexo e que marcava simbólica e efetivamente o destino de homens e mulheres.

De acordo com Andrade e Zanello (2014), o impacto que as relações de gênero refletem na saúde mental leva-nos a analisar como os valores e papéis de gênero participam da construção subjetiva do sujeito, tanto no que se expressa, como no que sofre.

Para Zanello & Romero, 2013 e Zanello e Gomes, 2010, são valores de gênero para as mulheres: a contenção sexual, os traços de caráter relacionais e a beleza. A contenção sexual está ligada ao ideal de renúncia e recato com relação ao desejo das mulheres. Os traços de caráter relacionais dizem respeito ao objeto e a intensidade, o objeto como as relações que exigem das mulheres um grande investimento e o cuidado como os outros, especialmente filhos e marido. O ideal de beleza está ligado a um padrão de beleza que exige sempre uma mulher magra e preocupada com a gordura.

Segundo UNODEC (2004) *apud* Brasiliano (2005), a dependência química em mulheres permaneceu como um fenômeno amplamente escondido na maioria dos países.

Ainda conforme Brasiliano (2005), todos os estudos epidemiológicos tanto no mundo, quanto no Brasil, apontam predominantemente os homens com abusadores da maioria das substâncias, com exceção em alguns países, dos medicamentos. Porém, não é desprezível e varia muito nas diferentes regiões geográficas.

De acordo com Carlini *et al* (2005), o uso de estimulantes (Anorexígenos) apresenta forte predomínio do sexo feminino sobre o masculino e, no total, as mulheres tiveram quase três vezes mais uso na vida do que homens. A prevalência foi de 3,2 % e corresponde a uma população de 1.605.000 pessoas.

Segundo Mastroianni et al, (2008) *apud* Andrade e Zanello (2014) há uma representação exagerada da mulher e a tendência é de retratá-la de modo estereotipada, podendo formar um protótipo de depressão e ansiedade, no qual os médicos tratarão suas

pacientes mulheres a partir do diagnóstico de depressão e ansiedade quando elas estão com problemas momentâneos e transitórios.

Azize (2010) *apud* Andrade e Zanello (2014)), em um estudo etnográfico realizado em um congresso de psiquiatria, observou, através de um recorte de gênero, que as imagens em destaque – de cartazes à propaganda de psicotrópicos antidepressivos e ansiolíticos – eram sempre de mulheres. Segundo ele, pode-se observar neste material o estabelecimento de uma relação entre a depressão e a figura feminina.

> Conforme Brasiliano (2005) *apud* Walter *et al.*, 2013, homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam inúmeras diferenças baseadas em uma complexa interação entre diversos fatores sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais.

Observa-se que as mulheres iniciam do uso do álcool a partir de situações significativas como separação conjugal ou morte de familiares, enquanto que os homens não apontam nenhum desencadeante específico. Além disso, os estudos demonstram que a maioria das mulheres consome drogas em função de depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde, ao contrário dos homens que citam os efeitos decorrentes do uso como motivação principal. (BRASILIANO & BRUNFENTRINKER, 2004).

Lex, 1944; Cocharane *et al.*, 1998 *apud* Brasiliano, 2004, observaram que, com relação ao consumo de cocaína, os homens citam os efeitos da intoxicação como motivo principal para o uso; as mulheres relacionam o uso a: depressão, sentimentos de isolamento social, pressões familiares e profissionais, problemas de saúde e, além de tentativas para perder peso.

Em relação ao padrão de uso, segundo Health Canada, 2001; Nolen-Hoeksema, 2004 *apud* Brasiliano, 2004, as mulheres geralmente bebem em menor quantidade e consomem quantidades menores que os homens.

Segundo Comtois, Ries, 1995; Green *et al.*, 2002 *apud* Brasiliano, 2004, com relação aos tipos de drogas utilizadas, as mulheres costumam usar apenas uma e os homens têm maior probabilidade de abusar de múltiplas drogas.

Com relação ao consumo feminino de álcool, há evidências de que alguns aspectos biológicos interferem nos reflexos desta substância sobre o organismo das mulheres, como: I)

as mulheres têm menor quantidade de água no corpo do que os homens, então, a mesma quantidade de álcool consumida por ambos provocará uma maior concentração alcóolica no organismo feminino; II) alterações hormonais femininas provocam um aumento do consumo de álcool; III) a enzima ADH- Álcool Desidrogenase é responsável pela primeira fase de metabolização do álcool no organismo, apresenta-se em menor quantidade no organismo feminino. Somando-se a esses fatores, estão os aspectos da história familiar, idade, estado civil, trabalho, violência, problemas psiquiátricos, início do uso, fatores genéticos e sociais. (BRASIL, 2012)

O uso de bebida alcóolica por gestantes pode causar muitos prejuízos tanto para a mãe quanto para o bebê. A síndrome alcóolica fetal é considerada a causa mais comum de retardo infantil de natureza não hereditária. O uso do tabaco na gestação também está associado a várias complicações para mãe e o bebê e a cocaína e seus derivados podem causar uma série de anomalias congênitas em bebês de mães usuárias (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco para problemas relacionados ao uso de outras drogas, embora parecidos com os do álcool, apresentam certas particularidades. Quando comparadas às dependentes de álcool, as mulheres com dependências de outras drogas que procuram tratamento são: significativamente mais jovens, procuram tratamento por conta própria, têm menos relacionamentos estáveis e apresentam mais tentativas de suicídio e transtornos de personalidade. (BRASIL, 2012)

Os fatores genéticos para uso, abuso e dependência de drogas são mais determinantes para homens do que para mulheres, enquanto que os ambientais têm maior influência sobre elas. Nas mulheres, o início do uso de maconha e cocaína está mais relacionado a fatores ambientais, entretanto, a evolução para o abuso ou dependência é mais dependente de fatores genéticos. (BRASIL, 2012)

As questões socioculturais influenciam o consumo de drogas em mulheres em muitos aspectos. A pressão social para manter um corpo magro e perfeito é muito grande entre as mulheres, e observa-se um elevado consumo de drogas associadas com controle de peso, como anfetaminas, nicotina, cocaína e outros estimulantes. Não menos importante é o quanto os médicos prescrevem medicamentos com potencial aditivo, como tranquilizantes, mais frequentemente para mulheres do que para homens. Finalmente, o consumo de drogas pelas mulheres, principalmente em relação às ilícitas, é altamente influenciado por parceiros

sexuais. (Brasil, 2012)

Os transtornos alimentares femininos são associados ao uso de drogas, geralmente como meio para perda de peso. As mulheres com abuso de álcool e cocaína são mais propensas a terem transtornos alimentares que a população geral. (BRASILIANO & BRUNFENTRINKER, 2004.

É importante considerar o quanto os valores de gênero relacionados às mulheres, como a beleza, ser contida e a exigência do cuidado com o outro são colocados em xeque com uso de álcool e outras drogas, pois muitas estão em grande vulnerabilidade social, são afastadas dos filhos pela justiça, ficam com pele e dentes comprometidos devido ao uso de substâncias psicoativas e ganham ou perdem muito peso corporal.

Há também a compreensão da equipe que atende essas mulheres, pois de alguma maneira buscamos nelas esses ideais que muitas vezes jamais serão alcançados.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Segundo Tenório (2002), os termos “reforma” e “psiquiatria” estão ligados desde o nascimento da psiquiatria e cita os “reformadores” da revolução francesa como aqueles que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e tornar terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos e marginalizados da sociedade encontravam-se recolhidos.

De acordo com Delgado (1992) apud Tenório (2002), as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, agora com o objetivo de fornecer orientação científica aos estabelecimentos especializados.

Para Tenório (2002), o movimento atual da reforma brasileira tem como período inicial a luta mais ampla pela redemocratização do país na segunda metade da década de 1970. Entretanto, dois fatos anteriores estão relacionados aos fatos que viriam depois: o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva e a intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva.

Em 1978 houve a visita de Franco Basaglia ao Brasil e a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com visitas públicas ao Hospital-Colônia de Barbacena, fatos que ampliaram a importância daquele pequeno movimento social. (BRASIL, 2014)

Segundo Tenório (2002), a década de 80 inicia o ingresso dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Além disso, houve o reforço da crítica ao modelo dos hospitais privados, asilares e segregadores. A década de 1980 assistiu a três processos importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: um maior número de atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação das leis e o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas em um novo tipo de cuidado em saúde mental.

De acordo com Tenório (2002), foram eventos significativos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a Primeira Conferência de Saúde Mental em 1987 e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Além disso, duas experiências são consideradas marcos inaugurais e emblemáticos de uma nova prática de cuidado no Brasil: O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo e a intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que se constituiria no complexo Programa de Saúde Mental daquela cidade. Somadas a essas experiências, houve a criação de uma rede de cuidados,

tendo os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como articuladores. Criadas como estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecem cuidado 24 horas todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação e com cada unidade dispondo de 6 leitos.

Em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT – MG) apresentou o projeto de lei n.º 3657/89, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, previa o redirecionamento de recursos públicos para criação de recursos "não-manicomiais de atendimento" e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir então parecer sobre a legalidade da internação.

Para Tenório (2002), na década de 90 os processos que ocorrem atualmente no cenário da reforma psiquiátrica brasileira amadureceram-se e tomaram uma proporção maior.

Segundo Baptista e Borges, 2008 em 1990 a Divisão Nacional de Saúde Mental é extinta e em 1991 é criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental, e o seu primeiro coordenador era um funcionário de carreira do Ministério da Saúde e militante da reforma psiquiátrica.

De acordo com Tenório (2002), em 1991 foi criada a portaria 189 do Ministério da Saúde que instituía no plano nacional, no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública e não mais privada.

Para Tenório (2002), em 1992 foi realizada a II Conferência de Saúde Mental, marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira e foi feita a portaria 224 que aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo.

Segundo Tenório (2002), em 2000 foram criadas as portarias 106 e 1220 que instituíam os serviços residenciais terapêuticos.

De acordo com Baptista e Borges, 2008 o ano de 2001 foi marcado por dois eventos cruciais para a política de saúde mental, a aprovação em abril da Lei n.º 10.216, a lei da reforma psiquiátrica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Segundo Baptista e Borges, 2008 do ano de 2002 até 2004 foi retomada a portaria GM n.º 799/00 com a política de redução de porte hospitalar, culminando com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Em 2003, o Programa de

Volta Para Casa fica oficializado. Há o reconhecimento civil dos portadores de transtornos mentais e do Auxílio-Reabilitação pela Lei nº 10.708/03.

Tudo que foi alcançado pela reforma psiquiátrica brasileira culminou em um novo modelo de assistência pautado em um modelo psicossocial, não asilar que tem como objetivos norteadores incentivar a autonomia e liberdade do usuário, trabalhar no território e prestar atendimento de forma integral e complexa, garantindo e promovendo os direitos da cidadania das pessoas com transtorno ou sofrimento mental.

Porém, a reforma psiquiátrica apesar de toda legislação e das novas políticas de assistência à saúde mental, deve ser acompanhada da mudança de postura de cada profissional e que compõe a rede psicossocial. Atuar não mais como membro de um serviço verticalizado, mas como parte integrante de uma rede articulada de serviços de saúde e comunidade.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL E OS CAPS AD

Nos anos 90, as propostas da Reforma Psiquiátrica começaram a fazer parte das orientações da política pública de saúde do Brasil. A redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS permitiram à Reforma Psiquiátrica desenvolver sua proposta de substituição do modelo centrado em hospitais, por uma rede de atenção psicossocial de base comunitária em bases mais institucionais. (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, a partir do movimento social, criou as primeiras regulamentações para serviços comunitários, chamados então de CAPS ou NAPS. (BRASIL, 2014).

A II Conferência de Saúde Mental de 1992 apresentou a proposta de que a rede de saúde mental se encarregasse de construir respostas efetivas para a atenção integral aos pacientes com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Até então, o tema álcool e outras drogas não constava do debate da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, mesmo com a recomendação do relatório final da Conferência, não se implantou, na década de 90, uma política para álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública. (BRASIL, 2014).

A política nacional para o uso prejudicial de álcool e outras drogas só ingressou no projeto da reforma em 2001, mas ainda enfrenta inúmeros desafios. (BRASIL, 2014).

Os CAPS surgem como um serviço de saúde mental aberto, de base territorial e comunitária, dentro de uma lógica de promoção de autonomia dos usuários.

Em 19 de fevereiro de 2002 é criada a Portaria Nº 336/2002 que estabelece a criação dos Centros de Atenção Psicossocial.

A partir de 2002, foram criadas diversas portarias que estabeleciam desde a criação dos CAPS AD, equipes de Consultório na Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos até instituir a Rede de Atenção Psicossocial.

A Portaria Nº 189 de 20 de março de 2002 inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o acolhimento de pacientes de Centro de Atenção Psicossocial.

A Portaria 384, de 05 de julho de 2005 autoriza o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

A Portaria N.º 1190, de 04 de junho de 2009 institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde e definiu suas diretrizes gerais ações e metas.

A Portaria N.º 2841, de 20 de setembro de 2010 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III.

A Portaria N.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria N.º 122, de 25 de janeiro de 2011 define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes do Consultório na Rua.

A Portaria N.º 3088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria N.º 3089, de 23 de dezembro de 2011 institui o repasse financeiro fixo para os CAPS AD credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossociais realizadas.

A Portaria N.º 3090, de 23 de dezembro de 2011 estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRT.

A Portaria N.º 121, de 25 de janeiro de 2012 institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de Atenção Psicossocial.

A Portaria N.º 123, de 25 de janeiro de 2012 define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município.

A Portaria N.º 130, de 26 de janeiro de 2012 revoga a Portaria N.º 2841/2010 e redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III e os respectivos recursos financeiros.

A Portaria N.º 131, de 26 de janeiro de 2012 institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para o apoio de custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

A Portaria N.º 148, de 31 de janeiro de 2012 define as normas de funcionamento e

habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio.

A Portaria N.º 1306, de 27 de junho de 2012 institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede Atenção Psicossocial.

O primeiro CAPS AD do Distrito Federal, o CAPS AD Guará, foi implantado em 2004.

No Distrito Federal atualmente existem nove CAPS AD: Guará, Sobradinho, Ceilândia (CAPS AD III), Rodoviária, recentemente renomeado Candango (CAPS AD III), Santa Maria, Itapoã e Samambaia (CAPS AD III). Há também os CAPS ADI, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas: CAPS ADI III Brasília e CAPS ADI III Taguatinga (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal ainda é precária, pois para funcionar ela deve estar articulada e integrada nos diferentes lugares de atenção para atender as pessoas com sofrimento mental ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Os Centros de Apoio Psicossocial, os Hospitais Gerais, Centros de Saúde, CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), CREAS (Centros de Referência Especializada de Assistência Social), Centros POP (Centros Especializados para a População em Situação de Rua), entre outros recursos da rede devem estar devidamente articulados e integrados para que a Rede de Atenção Psicossocial opere de maneira eficiente.

Além disso, a Rede de Atenção Básica em Saúde no Distrito Federal é deficitária e em muitas regionais não há sequer equipes de Saúde da Família, nem Núcleos de Apoio às Famílias (NASF) o que dificulta muito o trabalho realizado nos CAPS.

Em muitos CAPS do Distrito Federal faltam estrutura física (instalações precárias) e também em muitos há um número reduzido de profissionais para atender o volume de pacientes na regional que está instalado.

> As redes podem ser tanto redes de contenção, reforçando a invalidação, a coerção, a disciplina, assim se assemelhando mais as grades, como podem ser flexíveis, de apoio e sustentação para a descoberta de novos modos de vida e novas possiblidades aos usuários dos serviços, contribuindo pra que ocupem novos lugares nas cenas que se reproduzem ausência de lugar e de sentido. Elas podem ter um caráter mais

> emancipador e de apoio à autonomia, lidando de outra forma coma expectativa social de que exerçam apenas o controle sobre o comportamento dos usuários dos serviços. (Brasil, 2014)

Os CAPS, assim como os demais componentes da rede psicossocial devem apoiar a autonomia e resgatar a subjetividade e autoconfiança de pessoas que estão constantemente sendo vítimas de preconceito, desrespeito e exclusão social.

2.4 CAPS AD GUARÁ

O CAPS AD Guará foi inaugurado em 16 de setembro de 2004 com estrutura física inadequada: localizado no subsolo de um centro de saúde, sem iluminação direta e com consultórios e salas de grupo que não proporcionavam privacidade aos atendimentos.

Devido às precárias condições das instalações da unidade mudamos duas vezes para outras unidades provisórias, tão inadequadas quanta aquela da qual saímos.

“O respeito ao usuário revela-se também na higiene, organização, adequação e estética do espaço; nas condições de acomodação e salubridade” (BRASIL, 2014)

Atualmente, estamos funcionando na nossa unidade após a realização de uma “reforma” que mascarou antigos problemas.

A consequência dessa série de mudanças foi a desistência de muitos pacientes e a dificuldade do acesso, pois muitos ficaram sem saber se o CAPS AD Guará estava realmente funcionando e onde estava localizado. Além disso, houve a diminuição de grupos em funcionamento, em função da redução drástica do número de profissionais.

É importante salientar também que o CAPS Guará foi o primeiro CAPS AD do Distrito Federal, portanto havia uma área de abrangência enorme. O processo de regionalização só iniciou após a abertura de mais unidades no Distrito Federal e muitos pacientes que optaram ser atendidos mais próximos a suas residências foram transferidos para os demais CAPS.

Acredito que esses fatores tiveram grande influência sobre o estudo realizado, pois impactaram/impactam, de modo geral, o acesso e a permanência dos pacientes na unidade.

Atualmente, o CAPS AD Guará tem a seguinte área de cobertura: Guará I e II, SAI (Setor de Indústria e Abastecimento), Estrutural, Vicente Pires, Riacho Fundo I e II, Águas Claras, Arniqueiras, Núcleo Bandeirante, Park Way e Candangolândia.

Nossa equipe é composta de duas terapeutas ocupacionais (totalizando 40 horas semanais), uma psicóloga (40 horas semanais), duas assistentes sociais (totalizando 80 horas semanais, sendo que uma delas é nossa gerente), três enfermeiras (totalizando 240 horas semanais, sendo que uma delas está em cargo comissionado), um clinico médico (20 horas), três psiquiatras (totalizando 90 horas semanais), seis técnicos de enfermagem (totalizando 208 horas semanais, sendo que duas técnicas de enfermagem, cada uma fazendo 40 horas semanais, são contratadas) e cinco técnicos administrativos (totalizando 184 horas semanais,

sendo que duas técnicas administrativas ocupam cargo de confiança).

O que há de mais importante e preocupante nesses dados relacionados à equipe técnica é que o número de horas dos profissionais que realizam os grupos terapêuticos e acompanhamento familiar é inferior ao daqueles profissionais responsáveis por atendimentos individuais e processos administrativos.

Infelizmente, ainda percebo que reproduzimos no nosso CAPS um modelo hospitalar. Até a própria estrutura física do CAPS demonstra isso: As primeiras salas são consultórios e lá no fundo – sem ventilação ou alguma janela – estão duas salas de grupo.

Os médicos não fazem nenhum grupo, mesmo quando estão com a agenda disponível. Grande parte da equipe acha isso absolutamente normal e entende que devemos privilegiar as consultas individuais em detrimento aos grupos. Afinal, ser atendido por um médico “é um privilégio”.

Cada profissional trabalha isolado em sua sala ou grupo, não há um projeto terapêutico conjunto à equipe. Na maioria das reuniões de equipe só conversamos sobre ”paciente problema” ou problemas administrativos.

> Existem alguns serviços, que embora disponham de equipe de diferentes áreas, organizam a atenção de forma fragmentada e isolada, havendo justaposição das ações. Esse modelo, caracterizado pelo isolamento de saberes e centrado na queixa conduta, negligencia o olhar para o indivíduo em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. (BRASIL, 2014)

As reuniões de equipe estão cada vez mais enfadonhas e vazias depois de sucessivas brigas e desentendimentos dos profissionais da equipe.

Não há supervisão da equipe multidisciplinar e isso reflete diretamente tanto no relacionamento entre os profissionais quanto no atendimento prestado aos usuários.

O CAPS AD Guará é um ambiente apropriado ao cuidado, onde os usuários se sentem respeitados e acolhidos em seu sofrimento e história de vida?

Mesmo com o esforço de muitos profissionais da equipe em prestar um bom atendimento aos usuários precisamos fortalecer a relação entre a equipe (a supervisão é essencial), a participação comunitária, o mapeamento das instituições e equipamentos sociais existentes no território, incluindo as redes informais.

“A oferta organizada de serviço deve refletir as demandas do público a quem se destina, incluindo ações de reabilitação, tratamento, prevenção de agravos e promoção da saúde, desenvolvidas no caso a caso”. (BRASIL, 2014)

Além disso, Com base no diagnóstico de situação, deve-se pensar na elaboração do projeto terapêutico institucional e nos serviços a serem oferecidos, em conformidade com as necessidades dos nossos usuários e nas reais possibilidades da equipe. (BRASIL, 2014)

2.5 PREVALÊNCIA

De acordo com o II Levantamento Domiciliar realizado em 2005 no Brasil, há a prevalência masculina para a dependência ao álcool, entre os homens existe uma proporção de 19,5% e entre mulheres 6,9% (CARLINI et al. , 2006).

Observa-se um predomínio importante do uso de Benzodiazepínicos para o sexo feminino, quando comparado ao masculino, em todas as faixas etárias (CARLINI et al., 2006).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – sobre o perfil dos usuários de crack e similares no Brasil em 2012, os usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino – 78,7 %. Inquéritos domiciliares anteriores mostraram que, em relação aos usuários de cocaína/crack (analisados em conjunto nesses estudos), essa proporção era de, aproximadamente, 60% homem e 40% mulher. Tal achado está em sintonia com a literatura nacional, que aponta para uma presença masculina maior em cenas abertas e interface com o tráfico.

3 RESULTADOS

Gráfico 1 – Faixa Etária

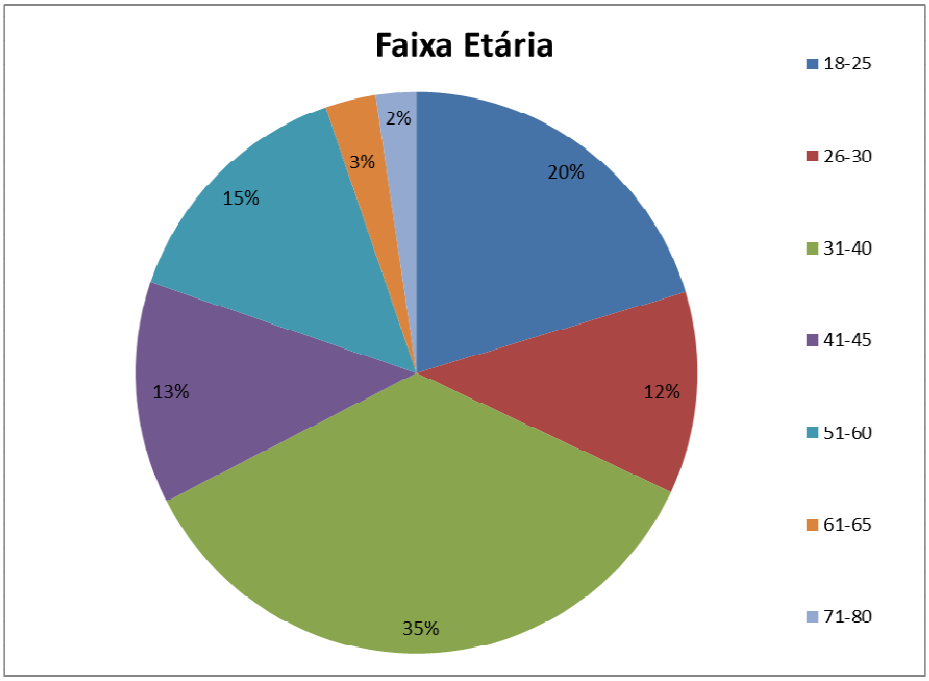

Tabela 1 – Faixa Etária

Idade	Quantidade	%
18-25	35	20.35%
26-30	20	11.63%
31-40	61	35.47%
41-45	22	12.79%
51-60	25	14.53%
61-65	5	2.91%
71-80	4	2.33%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 1 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável faixa etária.

Com relação à faixa etária das usuárias 35.47% têm entre 31 e 40 anos; 2 0.35% têm entre 18 e 25 anos; 14.53% têm entre 51 e 60 anos; 12.79% têm entre 41 e 45 anos; 11.63% têm entre 26 e 30 anos; 2.91% têm entre 61 e 65 anos e 2.33% têm entre 71 e 80 anos.

Gráfico 2 – Religião

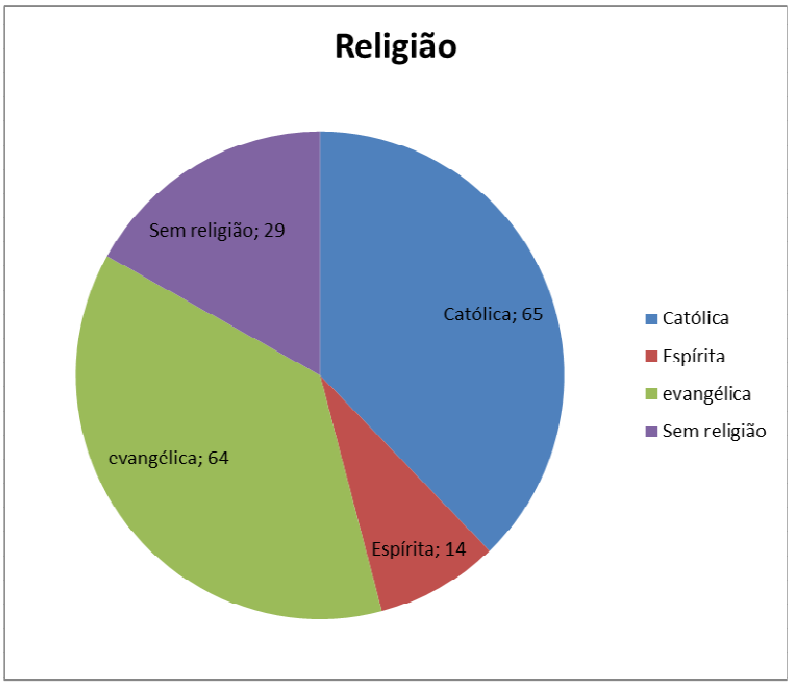

Tabela 2 – Religião

Religião	Quantidade	%
Católica	65	37.79%
Espírita	14	8.14%
Evangélica	64	37.21%
Sem religião	29	16.86%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 2 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável religião.

Com relação à religião das usuárias, constatou-se um maior número de usuárias católicas (37,79%), seguidas das evangélicas (37,21%), das que se declararam sem religião (16,86%) e espíritas (8,14%).

Gráfico 3 – Número de filhos

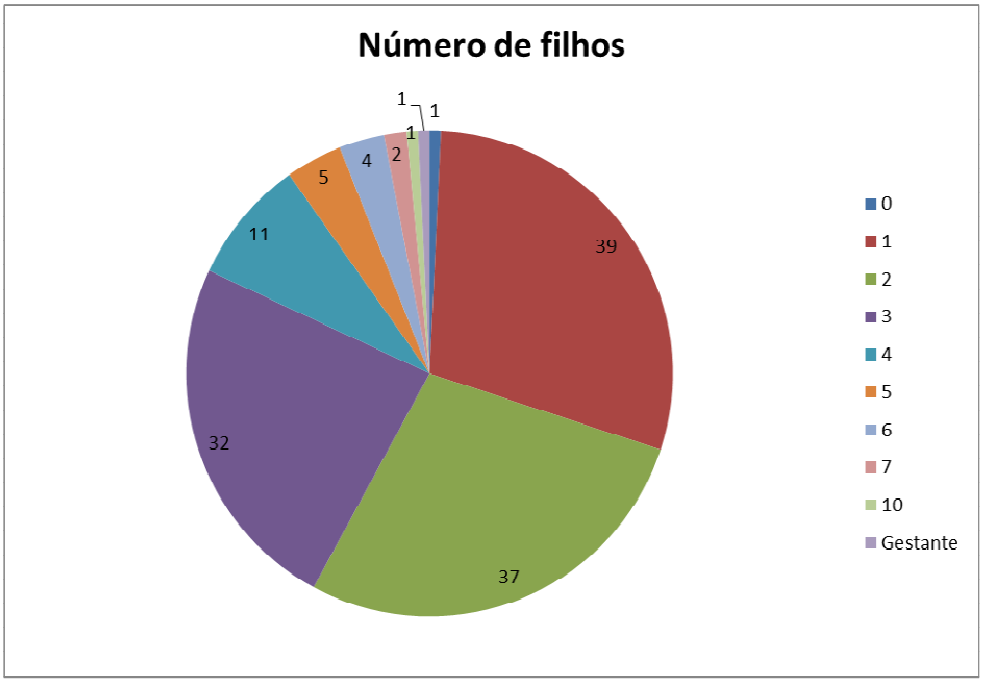

Tabela 3 – Número de filhos

Filhos	Quantidade	%
0	1	0.75%
1	39	29.32%
2	37	27.82%
3	32	24.06%
4	11	8.27%
5	5	3.76%
6	4	3.01%
7	2	1.50%
10	1	0.75%
Gestante	1	0.75%
TOTAL	**133**	**100.00%**

O gráfico 3 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável número de filhos.

De acordo com o gráfico Número de filhos, foi maior o número de usuárias (29,32%) com apenas um filho; 27,82% têm dois filhos; 24,06 % têm três filhos; 8,27% têm quatro filhos; 3,76% têm cinco filhos; 3,01% têm seis filhos; 1,50% têm sete filhos; 0,75% têm dez filhos e 0,75% encontra-se gestante.

Gráfico 4 – Ocupação

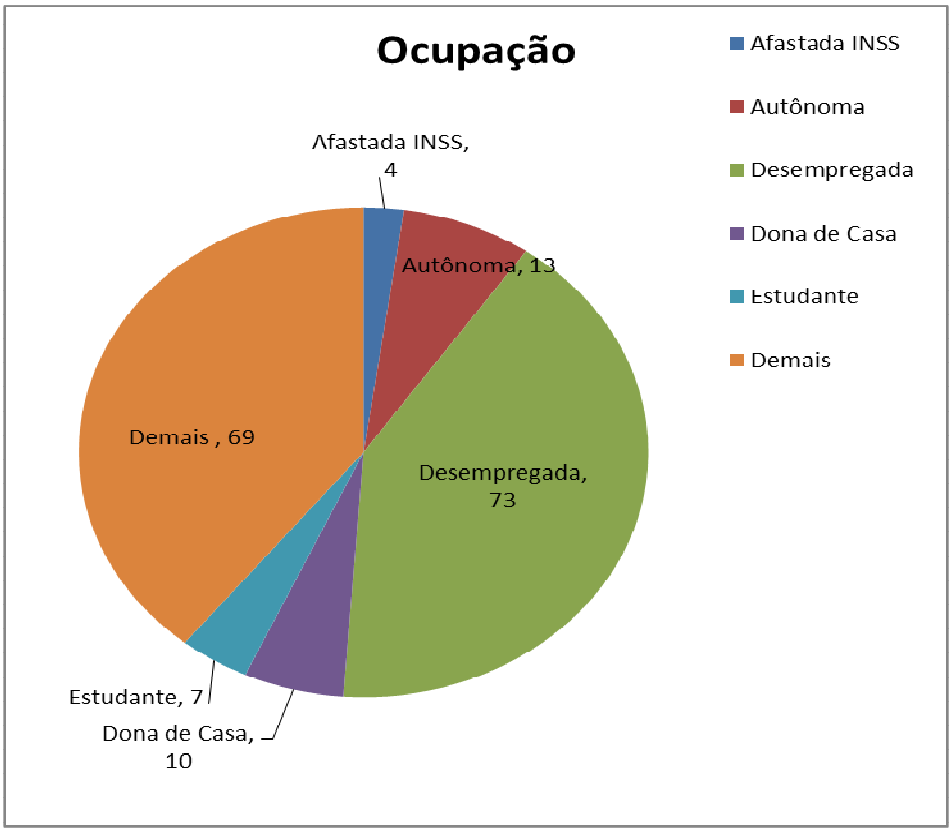

Tabela 4 – Ocupação

Situação profissional	Quantidade	%
Afastada INSS	4	2.33%
Autônoma	13	7.56%
Desempregada	73	42.44%
Dona de Casa	10	5.81%
Estudante	7	4.07%
Demais	69	40.12%
TOTAL	172	100.00 %

O gráfico 4 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável ocupação.

De acordo com o gráfico 4, a maioria das mulheres atendidas no CAPS AD Guará estão desempregadas (42,44%). Das demais, 40,12% estão empregadas ou aposentadas; 7,56% são autônomas; 5,81% são donas de casa, 4,07% são estudantes e 2,33% estão afastadas pelo INSS.

Gráfico 5 – Escolaridade

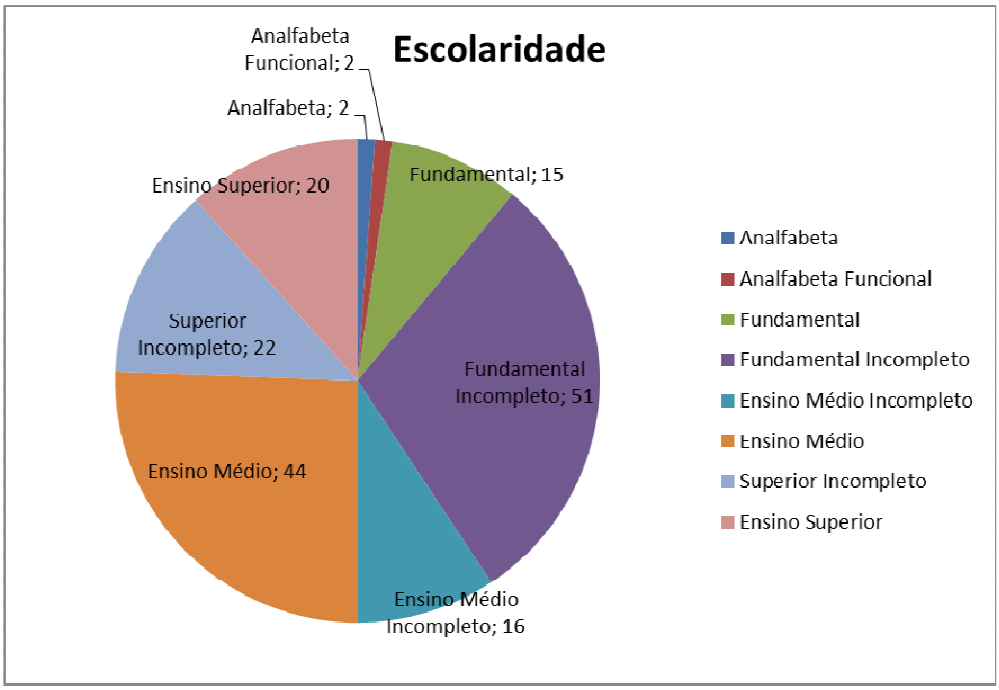

Tabela 5 – Escolaridade

Escolaridade	Quantidade	%
Analfabeta	2	1.16%
Analfabeta Funcional	2	1.16%
Fundamental	15	8.72%
Fundamental Incompleto	51	29.65%
Ensino Médio Incompleto	16	9.30%
Ensino Médio	44	25.58%
Superior Incompleto	22	12.79%
Ensino Superior	20	11.63%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 5 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável escolaridade.

De acordo com o gráfico 5, a maior parte, 29,65% das mulheres atendidas no CAPS AD Guará possuem o ensino fundamental incompleto, 25,58% possuem ensino médio, 12,79% possuem superior incompleto, 11,63% possuem ensino superior, 9,30% possuem ensino médio incompleto, 8,72% possuem ensino fundamental. 1,16% são analfabetas funcionais e 1,16% são analfabetas.

Gráfico 6 – Forma de Encaminhamento

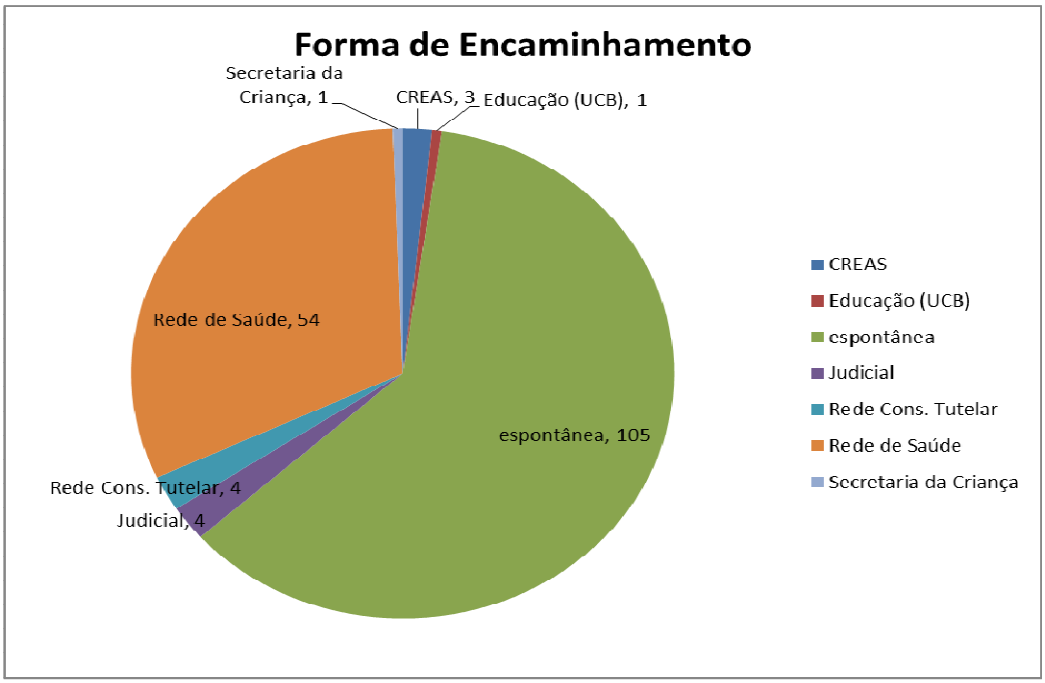

Tabela 6 – Forma de Encaminhamento

Forma de Encaminhamento	Quantidade	%
CREAS	3	1.74%
Educação (UCB)	1	0.58%
espontânea	105	61.05%
Judicial	4	2.33%
Rede Cons. Tutelar	4	2.33%
Rede de Saúde	54	31.40%
Secretaria da Criança	1	0.58%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 6 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável demanda, ou seja, sobre a forma de encaminhamento até o CAPS AD Guará.

De acordo como o gráfico 6, a maioria das mulheres, 61,05% chegaram ao tratamento por demanda espontânea; 31,40 % foram encaminhadas pela rede de saúde; 2,33% pelo TJDFT e 2,33% pelo Conselho Tutelar, 1,74% pelo CREAS; 058% pela rede de ensino e 0,58% pela Secretaria da Criança.

Gráfico 7 – Moradia

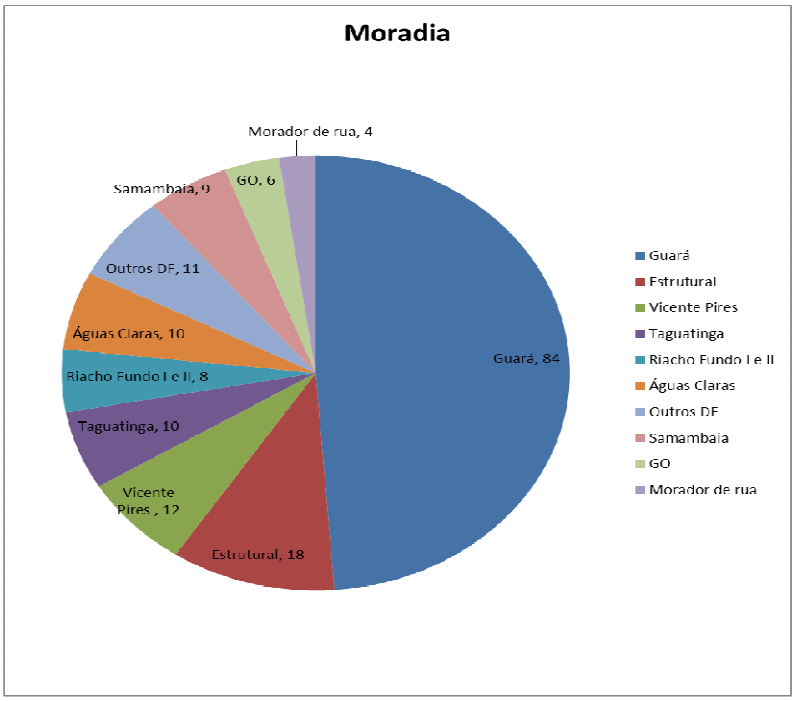

Tabela 7 – Moradia

Moradia	Quantidade	%
Guará	84	48.84%
Estrutural	18	10.47%
Vicente Pires	12	6.98%
Taguatinga	10	5.81%
Riacho Fundo I e II	8	4.65%
Águas Claras	10	5.81%
Outros DF	11	6.40%
Samambaia	9	5.23%
GO	6	3.49%
Morador de rua	4	2.33%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 7 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável local de moradia.

Os locais de moradia mais frequentes das pacientes no CAPS AD Guará são: 48,84%, Guará; 10,47%, Estrutural; 6,98%, Vicente Pires; 5,81%, Águas Claras; 5,23%, Samambaia; 4,65% moram no Riacho Fundo e 5,81% moram em Taguatinga. 2,33% são moradores de rua e 3,49% são do estado vizinho de Goiás.

Gráfico 8 – Estado Civil

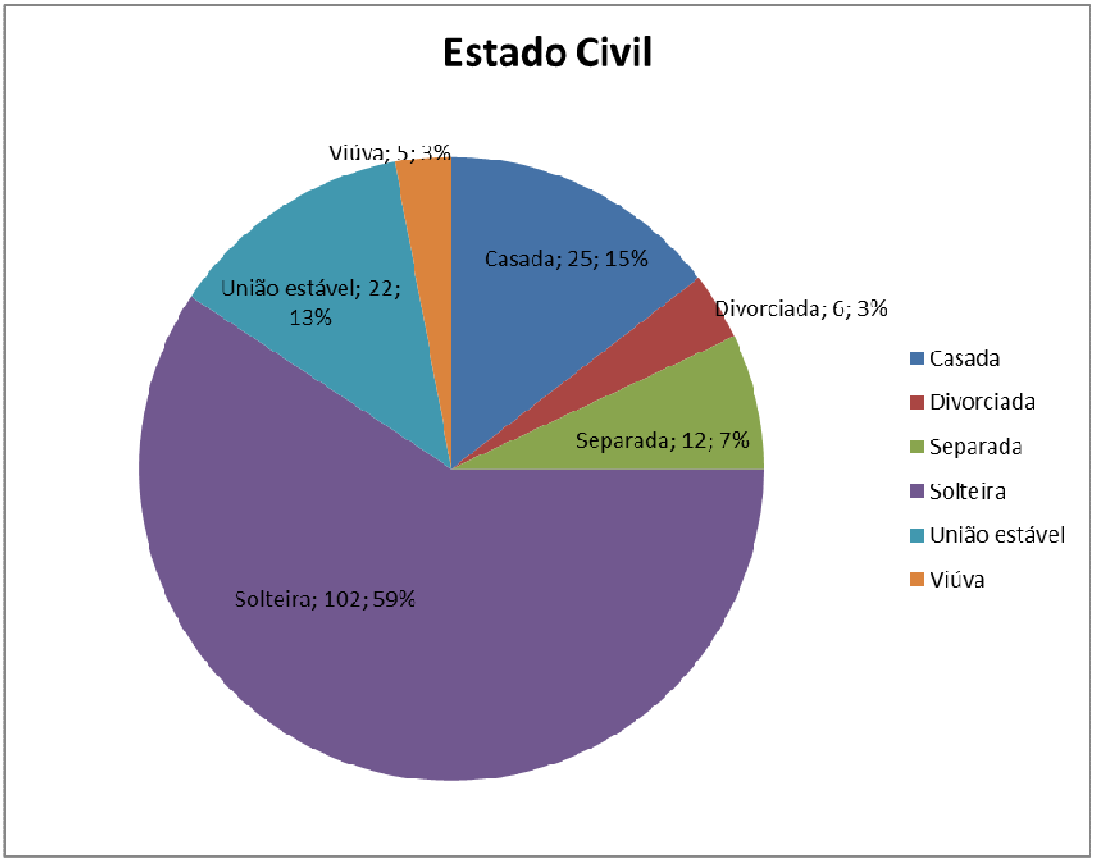

Tabela 8 – Estado Civil

Estado Civil	Quantidade	%
Casada	25	14.53%
Divorciada	6	3.49%
Separada	12	6.98%
Solteira	102	59.30%
União estável	22	12.79%
Viúva	5	2.91%
TOTAL	**172**	**100.00%**

O gráfico 8 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável estado civil.

De acordo com o gráfico 8, a maioria das mulheres, 59,30% são solteiras, 14,53% são casadas, 12,79% vivem em uma união estável; 6,98% são separadas, 3,49% são divorciadas e 2,91% são viúvas.

Gráfico 9 – Drogas consumidas

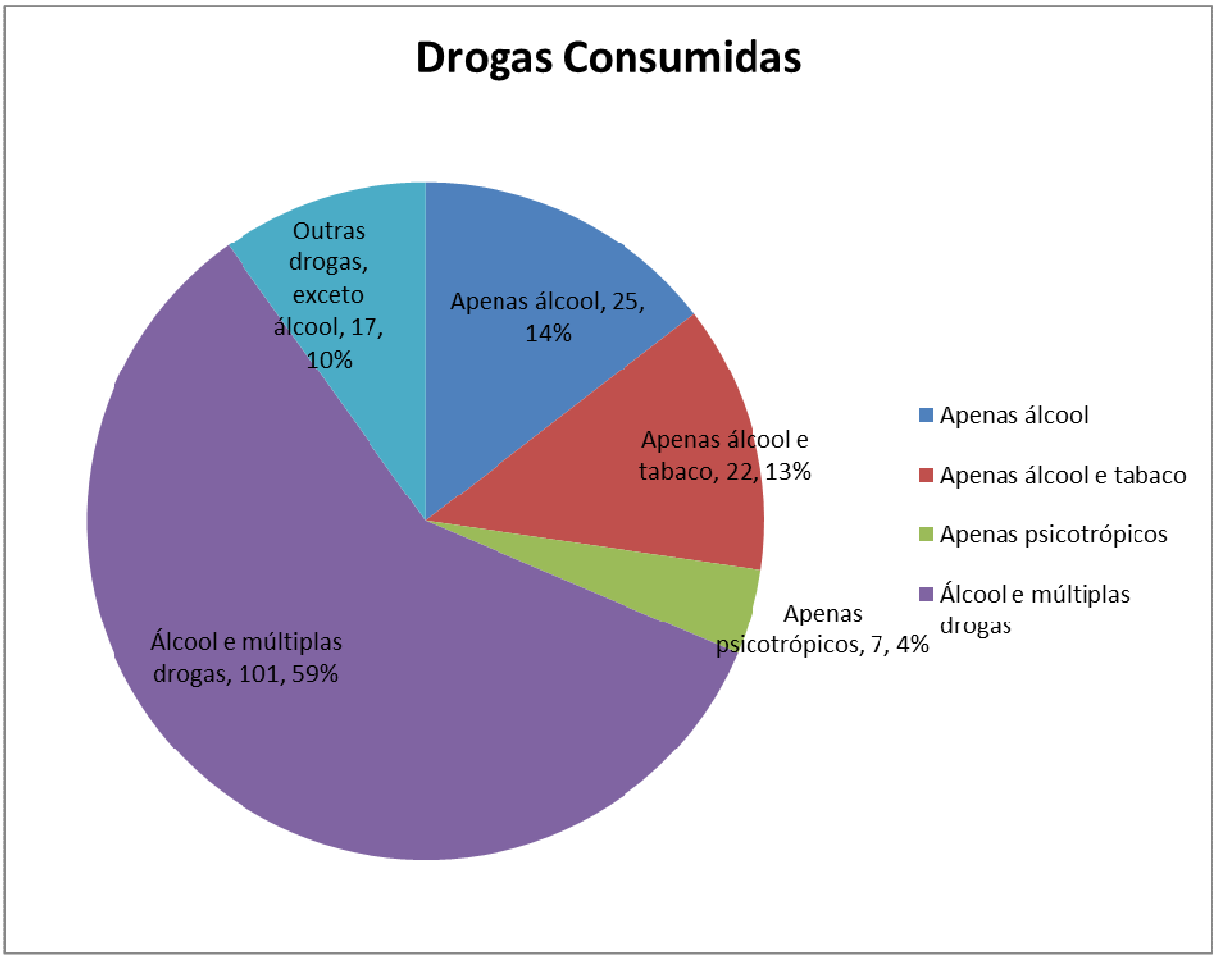

Tabela 9 – Drogas consumidas

Drogas Consumidas	%	Quantidade
Apenas álcool	14.53%	25
Álcool e tabaco	12.79%	22
Apenas psicotrópicos	4.07%	7
Álcool e múltiplas drogas	58.72%	101
Outras drogas, exceto álcool	9.88%	17
TOTAL	**100.00%**	**172**

O gráfico 9 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à variável tipo de droga utilizada.

58,72% das mulheres fazem uso de álcool e outras drogas; 4,53% fazem uso apenas de álcool; 12,79% fazem uso de álcool e tabaco; 9,88% fazem uso de outras drogas, exceto o álcool e 4,07% fazem uso apenas de psicotrópicos.

Gráfico 10 – Relação entre álcool e escolaridade

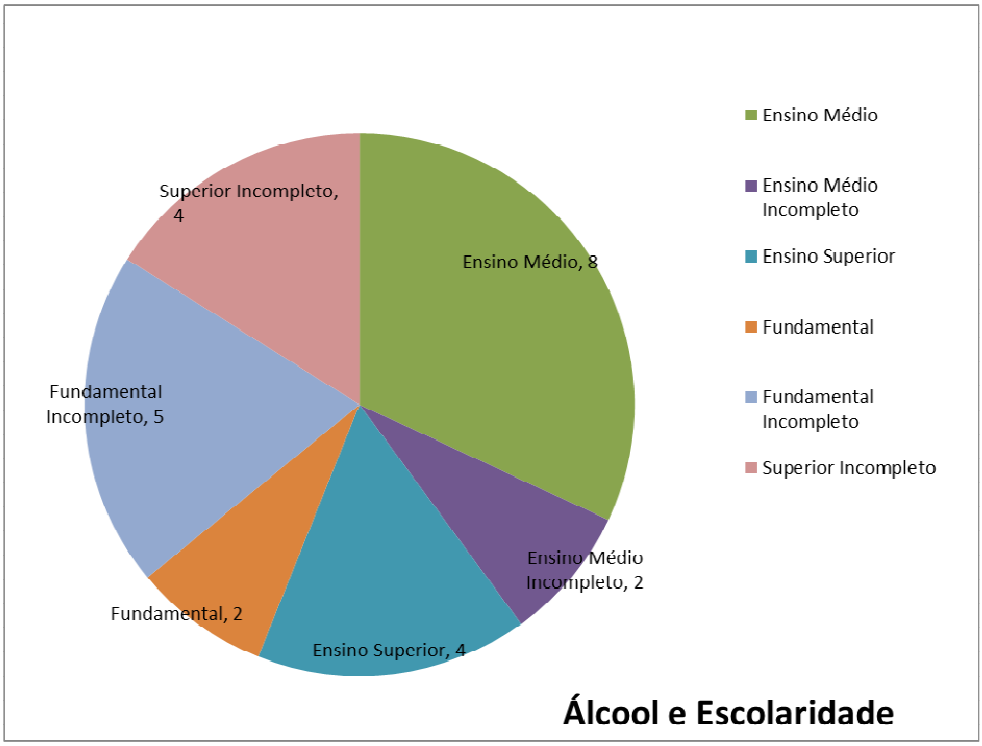

Tabela 10 – Relação entre álcool e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Álcool	Analfabeta	0	0.00%
	Analfabeta Funcional	0	0.00%
	Ensino Médio	8	32.00%
	Ensino Médio Incompleto	2	8.00%
	Ensino Superior	4	16.00%
	Fundamental	2	8.00%
	Fundamental Incompleto	5	20.00%
	Superior Incompleto	4	16.00%
	TOTAL	**25**	**100.00%**

O gráfico 10 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre álcool e escolaridade.

A maioria – 32,00% – que fazem uso de álcool tem ensino médio; 20,00% têm fundamental incompleto; 16% têm ensino superior; 16% têm ensino superior incompleto; 8% têm ensino médio incompleto e 8% têm ensino fundamental.

Gráfico 11 – Relação entre álcool, tabaco e escolaridade

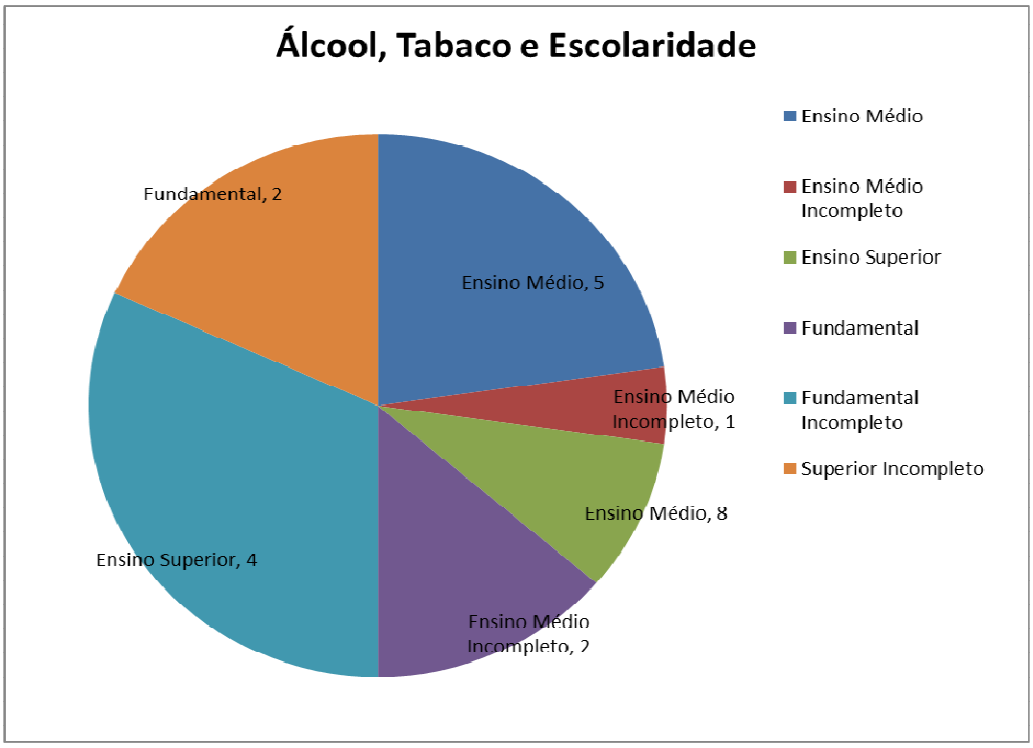

Tabela 11 – Relação entre álcool, tabaco e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Álcool + Tabaco	Analfabeta	0	0.00%
	Analfabeta Funcional	0	0.00%
	Ensino Médio	5	22.73%
	Ensino Médio Incompleto	1	4.55%
	Ensino Superior	2	9.09%
	Fundamental	3	13.64%
	Fundamental Incompleto	7	31.82%
	Superior Incompleto	4	18.18%
	TOTAL	**22**	**100.00%**

O gráfico 11 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre álcool, tabaco e escolaridade.

A maioria, 31,82%, tem fundamental incompleto; 22,73% têm ensino médio; 18,18% têm superior incompleto; 13,64% têm ensino fundamental; 9,09% têm ensino superior e 4,55% têm ensino médio incompleto.

Gráfico 12 – Relação entre psicotrópicos e escolaridade

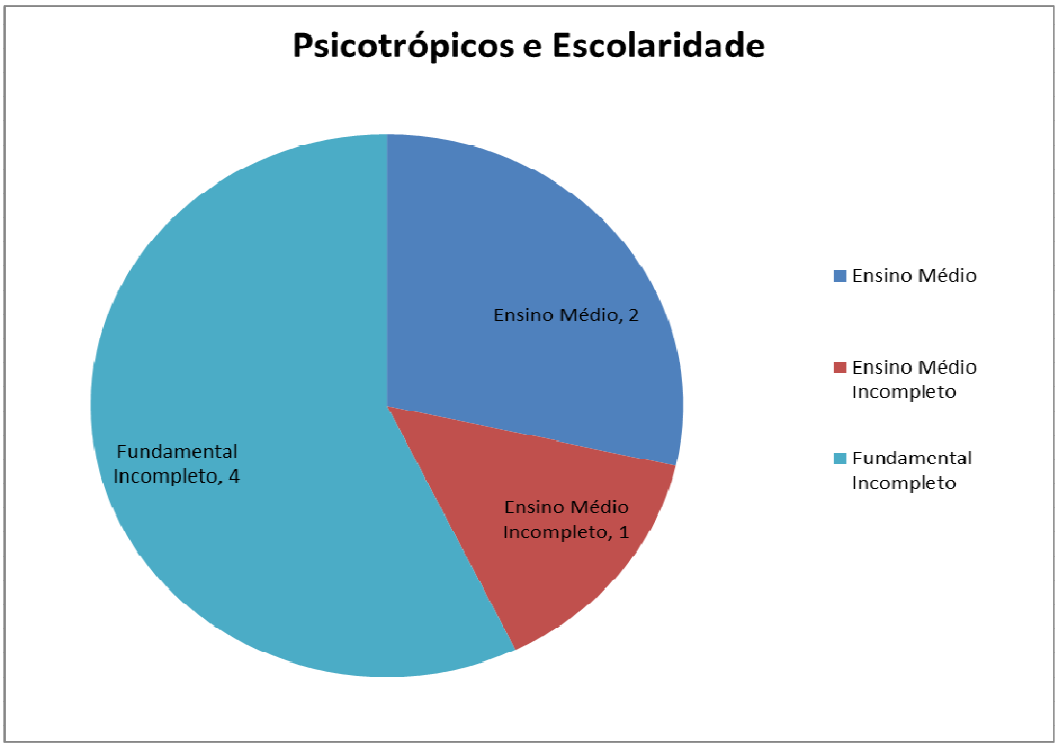

Tabela 12 – Relação entre psicotrópicos e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Apenas psicotrópicos	Analfabeta	0	0.00%
	Analfabeta Funcional	0	0.00%
	Ensino Médio	2	28.57%
	Ensino Médio Incompleto	1	14.29%
	Ensino Superior	0	0.00%
	Fundamental	0	0.00%
	Fundamental Incompleto	4	57.14%
	Superior Incompleto	0	0.00%
	TOTAL	**7**	**100.00%**

O gráfico 12 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre psicotrópicos e escolaridade.

De acordo com o gráfico 12, a maior parte das mulheres, 57,14% que fazem uso de psicotrópicos tem fundamental incompleto, 28,57% têm ensino médio, 14,29% têm ensino médio incompleto.

Gráfico 13 – Relação entre álcool, múltiplas drogas e escolaridade

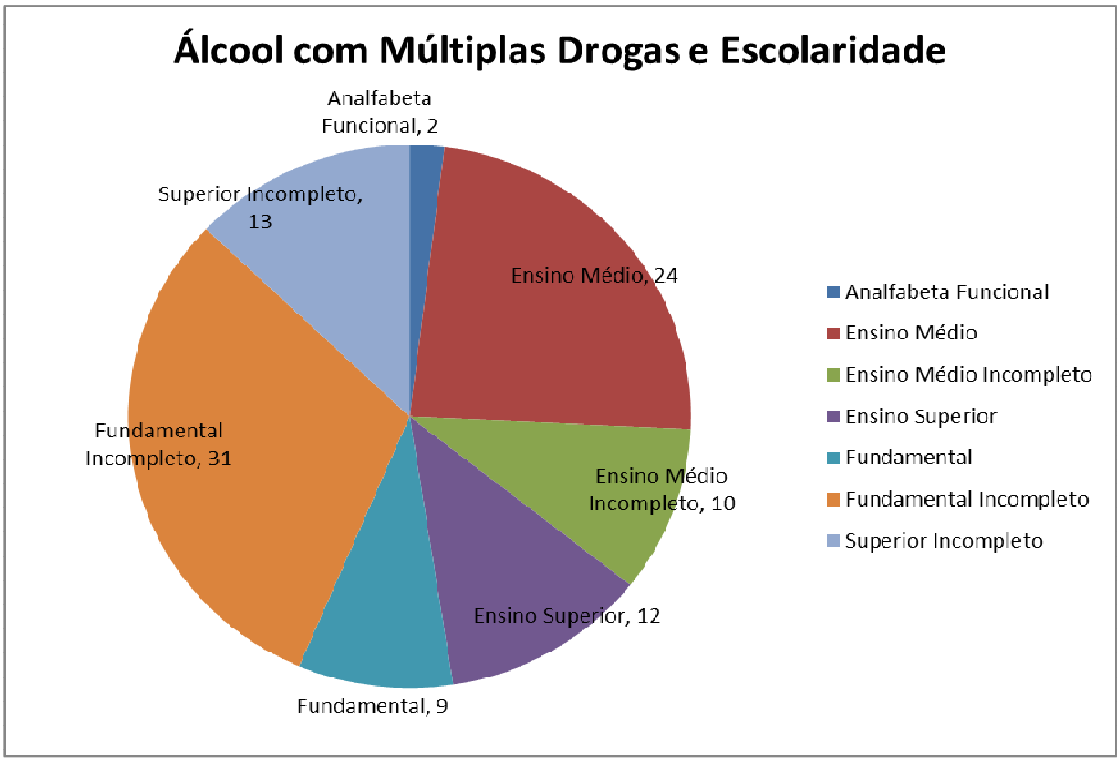

Tabela 13 – Relação entre álcool, múltiplas drogas e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Álcool e múltiplas drogas	Analfabeta	0	0.00%
	Analfabeta Funcional	2	1.98%
	Ensino Médio	24	23.76%
	Ensino Médio Incompleto	10	9.90%
	Ensino Superior	12	11.88%
	Fundamental	9	8.91%
	Fundamental Incompleto	31	30.69%
	Superior Incompleto	13	12.87%
	TOTAL	**101**	**100.00%**

O gráfico 13 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre álcool, múltiplas drogas e escolaridade.

De acordo com o gráfico 13, a maior parte das mulheres que fazem uso de álcool e múltiplas drogas tem fundamental incompleto, ou seja: 30,69%; 23,76% têm ensino médio; 12,87%, superior incompleto; 11,88% têm ensino superior; 9,90% têm ensino médio incompleto; 8,91% têm ensino fundamental e 1,98% são analfabetas funcionais.

Gráfico 14 – Relação entre crack e escolaridade

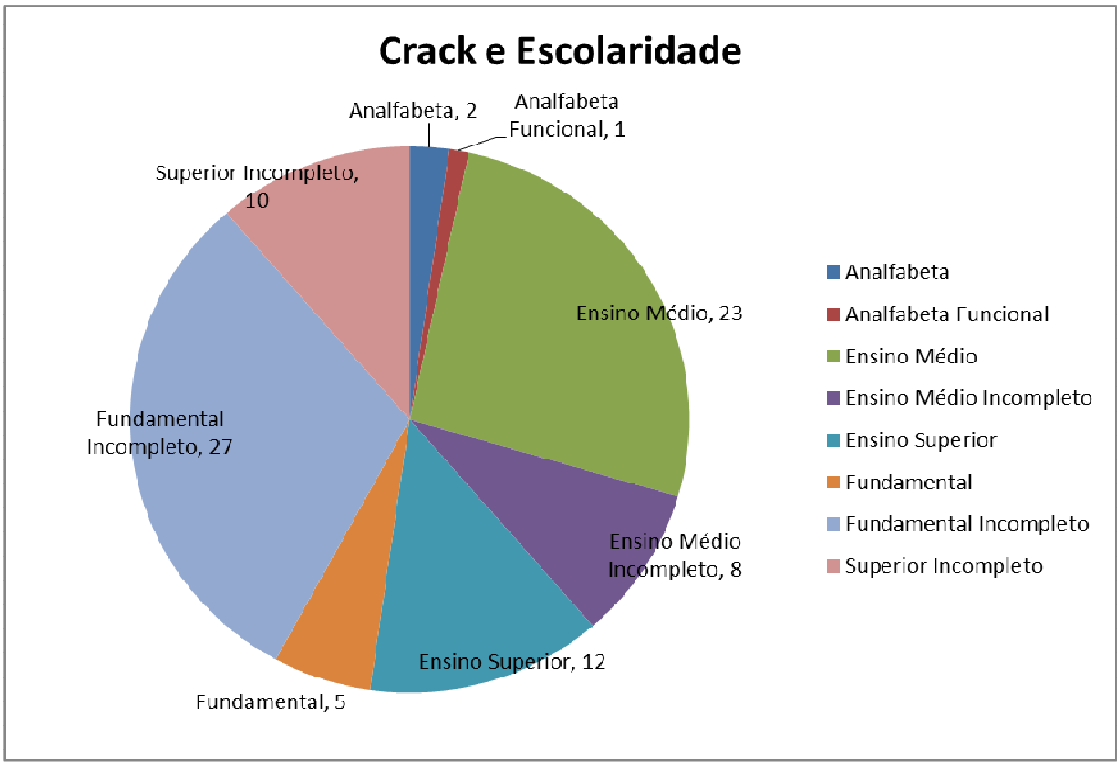

Tabela 14 – Relação entre crack e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Crack*	Analfabeta	2	2.27%
* Somente crack ou	Analfabeta Funcional	1	1.14%
associado a outras	Ensino Médio	23	26.14%
drogas	Ensino Médio Incompleto	8	9.09%
	Ensino Superior	12	13.64%
	Fundamental	5	5.68%
	Fundamental Incompleto	27	30.68%
	Superior Incompleto	10	11.36%
	TOTAL	**88**	**100.00%**

O gráfico 14 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre crack e escolaridade.

De acordo com o gráfico 14, a maioria – 30,68% – que fazem uso de crack tem fundamental incompleto; 26,14% têm ensino médio; 13,64% têm ensino superior; 11,36% têm superior incompleto; 9,09% têm ensino médio incompleto; 5,68% têm ensino fundamental; 2,27% são analfabetas e 1,14% são analfabetas fundamentais.

Gráfico 15 – Outras drogas (exceto álcool) e escolaridade

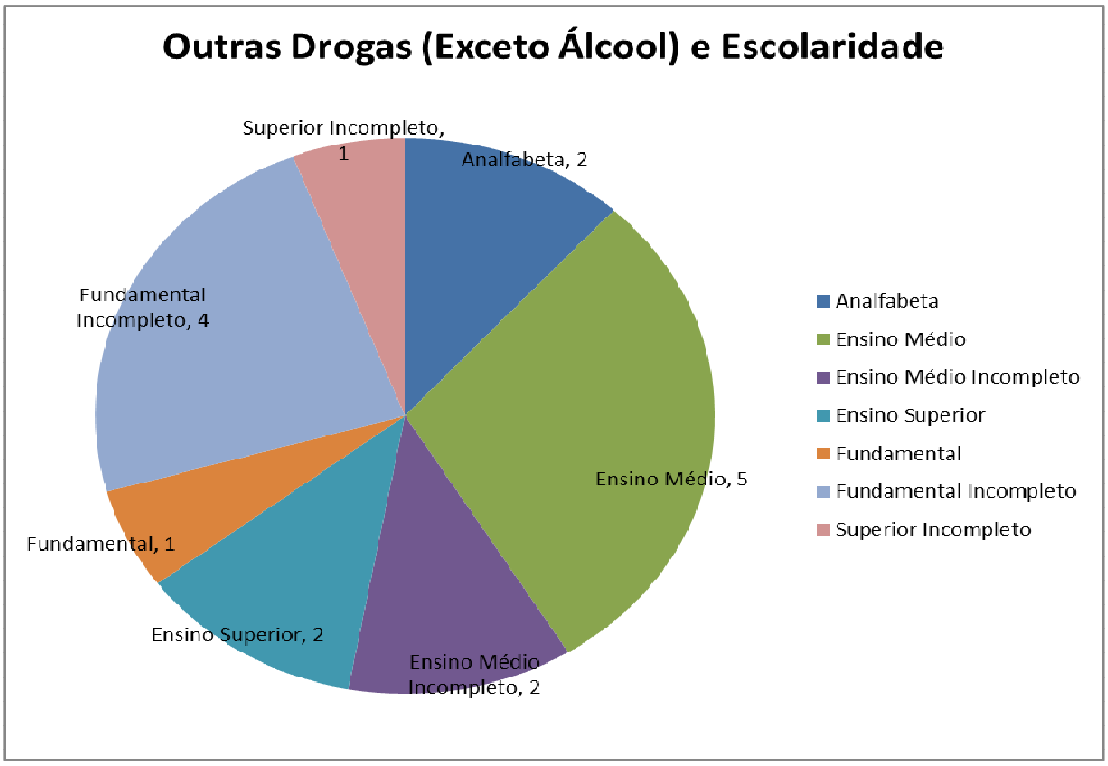

Tabela 15 – Relação Outras drogas (exceto álcool) e escolaridade

Droga Utilizada	Escolaridade	Quantidade	%
Outras, exceto álcool	Analfabeta	2	11.76%
	Analfabeta Funcional	0	0.00%
	Ensino Médio	5	29.41%
	Ensino Médio Incompleto	2	11.76%
	Ensino Superior	2	11.76%
	Fundamental	1	5.88%
	Fundamental Incompleto	4	23.53%
	Superior Incompleto	1	5.88%
	TOTAL	**17**	**100.00%**

O gráfico 15 dispõe sobre a caracterização sociodemográfica das usuárias, no que se refere à relação entre outras drogas (exceto álcool) e escolaridade.

A maior parte das mulheres, 29,41%, tem ensino fundamental incompleto; 11,76% têm ensino superior; 11,76% são analfabetas; 11,76% têm ensino médio incompleto; 5,88% têm ensino fundamental e 5,88% têm ensino superior incompleto.

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com relação à idade das usuárias, variou entre 18 e 80 anos (média = 36,88). O maior número de usuárias foi encontrado na faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade (61 mulheres), correspondendo a uma proporção de 35,47% do universo encontrado.

“Mulheres mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as idosas” (BRASIL, 2014).

De acordo com o Gráfico 1, o maior número de usuárias se concentra na faixa etária dos 31 aos 40 anos e declina no sentido das maiores idades, fato que pode estar relacionado à alta vulnerabilidade de pessoas mais jovens ao uso/abuso de substâncias psicoativas.

Entretanto, observa-se uma maior concentração de usuárias na faixa dos 31 aos 40 anos (35,47%) do que em uma faixa etária menor, dos 18 aos 25 anos (20,35%), fato que pode estar relacionado à forma de acesso ao CAPS AD Guará ou ao não agravamento ainda do quadro de dependência química.

Outro aspecto a ser destacado é que o índice da faixa etária dos 26 a 30 anos (11,63%) é menor do que faixas etárias maiores: 41 aos 45 anos (12,79%) e 51 aos 60 anos (14,53%). Podemos relacionar a aspectos como aposentadoria, quando há aumento de consumo de substâncias psicoativas, e a perda de relacionamentos pessoais prévios predispõem ao abuso do álcool, benzodiazepínicos, antipsicóticos e outras medicações (BRASIL, 2014) e ao agravamento do quadro de dependência química.

“O uso de álcool e outras substâncias são usados geralmente para mascarar a solidão e perda de autoconfiança, provocar o sono e relaxamento”. (BRASIL, 2012)

Observa-se um grande número de mulheres em tratamento para dependência química em idade produtiva.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), População Economicamente Ativa (PEA) é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.

Sobre o estado civil, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool em mulheres: ser solteira, separada ou divorciada. (BRASIL, 2012)

Na pesquisa realizada 59,30% das mulheres declararam-se solteiras, 6,98% separadas e 3,49% divorciadas.

Sobre as mulheres casadas e as que mantêm união estável, os fatores de risco estão associados a parceiros com problemas relacionados ao uso de álcool. (BRASIL, 2012)

Sobre a escolaridade, a maioria das mulheres, 29,65% atendidas no CAPS AD Guará possui o ensino fundamental incompleto, o que reduz a chance de ingresso no mercado formal de trabalho. A pesquisa revelou também que a maioria das mulheres atendidas no CAPS AD Guará estão desempregadas (42,44%).

"Vários estudos populacionais sugerem que pessoas com baixa escolaridade e renda apresentam maiores prevalência de transtornos mentais." (LIMA, 1999)

A baixa escolaridade também leva a subempregos e diminui a mobilidade social.

Na categoria forma de encaminhamento, 61,05% chegaram até o CAPS por demanda espontânea, ou seja, sem encaminhamento de outras unidades da rede psicossocial.

A rede psicossocial demostra, a partir desses dados, desconhecer ou ignorar os serviços especializados em tratamento para álcool e outras drogas – CAPS AD e ainda busca o hospital ou centro de saúde como únicos locais de tratamento.

A maioria delas (99,24%) tem filhos ou está gestante, o que torna importante a existência de creches e também de apoio familiar para que elas possam fazer o tratamento no CAPS.

A maioria (48,84%) mora no Guará, o que facilita bastante o acesso ao tratamento e ações no território, como visita domiciliar.

Em relação à religião, 83,14% declararam ter alguma religião. Há estudos que demonstraram que pessoas que frequentam igreja regularmente e que fazem preces e leituras da bíblia apresentam índices significativamente menores de alcoolismo. (SANCHEZ e NAPPO, 2007)

Na categoria drogas consumidas, a maioria das mulheres, 58, 72% fazem uso de álcool e outras drogas e 4.07% fazem uso apenas de psicotrópicos. Em pesquisa realizada, há o predomínio do uso de Benzodiazepínicos para o sexo feminino, quando comparado ao masculino, em todas as faixas etárias (CARLINI *et al*., 2006).

Nas categorias relação entre álcool e escolaridade e relação entre outras drogas (exceto álcool) e escolaridade, observa-se que um maior número de mulheres tem ensino médio, 32% e 29,41%.

Em uma pesquisa feita para identificar os fatores de risco e o uso de drogas entre

estudantes de ensino médio, os autores identificaram que quanto maior os anos de estudo, há a probabilidade em até três vezes mais para o uso de drogas, alegando se por um lado há mais formação educativa, por outro há a desvinculação dos familiares e a associação a grupos de amigos, condição que aumenta os fatores de risco para o envolvimento com drogas. (JINEZ, SOUZA e PILLON, 2009)

Porém outros fatores, como socioeconômicos, familiares e psicológicos não devem ser desconsiderados.

Em relação ao álcool associado ao tabaco, há maior prevalência entre as mulheres que têm ensino fundamental incompleto (31,82%). O uso de psicotrópicos também é maior em mulheres com ensino fundamental incompleto (57,14%), assim como no uso de álcool e outras drogas (30,69%) e relacionado ao uso de crack (30,68%).

Não ter acesso à informação sobre o uso nocivo de drogas, aliado a condições desfavoráveis sociais, econômicas, familiares e psicológicos podem ser considerados fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas.

“Baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho, expressões das classes sociais, proporcionam situações de estresse contribuindo para a produção dos transtornos mentais comuns.” (LUDEMIR e FILHO, 2002)

5 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

A caraterização sociodemográfica das mulheres que fazem tratamento no CAPS AD Guará demonstra que 35.47% têm entre 31 e 40 anos; 37,79% são católicas; 99,25% têm filhos ou estão gestantes; 42,44% estão desempregadas, 29,65% possuem o ensino fundamental incompleto; 61,05% chegam ao CAPS por demanda espontânea; 48,84% residem no Guará; 59,30% são solteiras; 58,72% fazem uso de álcool e outras drogas; 32% das usuárias de álcool possuem ensino médio; 31,82% das usuárias de álcool e tabaco possuem o ensino fundamental incompleto; 57,14% das usuárias de psicotrópicos possuem ensino fundamental incompleto; 29,41% das usuárias de drogas, exceto álcool possuem ensino médio; 30,69% das usuárias de álcool e múltiplas drogas possuem ensino fundamental incompleto e 30,68% das usuárias de crack possuem ensino fundamental incompleto.

A baixa escolaridade está fortemente ligada ao consumo de álcool e outras drogas, psicotrópicos e ao consumo de crack.

“Usuários de crack geralmente se colocam em situações de grande vulnerabilidade e risco social, associados, muitas vezes, com problemas judiciais e desintegração da rede primária de apoio”. (BRASIL, 2012)

> Vulnerabilidade refere-se à maior ou menor capacidade de um indivíduo família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade, sejam eles físicos, humanos ou sociais. (BRASIL, 2014)

A vulnerabilidade está ligada ao acesso e estabilidade das pessoas no mercado de trabalho, a fragilidade de suas relações sociais e ao grau de regularidade e acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social. (BRASIL, 2014)

Os achados ressaltam a importância de implantação de políticas públicas abrangentes, sobretudo voltadas para as mulheres dependentes químicas. O número reduzido de mulheres tanto no acesso quanto daquelas que permanecem em tratamento além ter relação com o preconceito e estigmatização das mulheres usuárias de drogas, evidenciam o despreparo das equipes no tratamento oferecido a essas mulheres.

Ações que envolvam políticas públicas, institucionais e setoriais que tenham ações preventivas, de natureza socioeducativa, que fortaleçam o convívio familiar e comunitário, o protagonismo dos usuários das políticas sociais, ações de transferência de renda e de inclusão

produtiva são fundamentais para a diminuição da vulnerabilidade. (BRASIL, 2014)

A equipe do CAPS AD Guará pode aproximar-se e estabelecer redes com algumas igrejas do seu território, visto que 83,14% declararam ter alguma religião, o que é considerado um fator de proteção para o uso de álcool e outras drogas.

Oferecer mais grupos familiares, intensificar visitas domiciliares e conhecer os vizinhos da comunidade são ações que promovem maior proteção e atendimento integral às usuárias e seus familiares.

A equipe também pode mapear no seu território escolas que tenham o EJA – Educação para Jovens e Adultos, cursos profissionalizantes e locais que ofereçam opções de lazer, atividade física e vagas para trabalho.

A pesquisa mostrou a estreita relação entre exclusão social (mulheres, baixa escolaridade e desemprego) e o uso de crack, psicotrópicos ou de álcool associado a outras drogas.

O uso, abuso e dependências de álcool e outras drogas pode agravar outras situações de vulnerabilidade vivenciadas e repercutir na qualidade de vida das pessoas, na medida em que podem reduzir capacidade produtiva, dificultar relações intrafamiliares e potencializar a violência intrafamiliar e urbana. (BRASIL, 2014)

Deve-se salientar nos grupos terapêuticos a importância da melhoria da escolaridade para uma maior mobilidade social e diminuição dos fatores de risco para o uso de drogas.

A equipe pode buscar parceria com a administração local para instalação de creches próximas ao CAPS AD Guará, pois muitas deixam de frequentar o tratamento por não ter um local adequado para deixar seus filhos.

A equipe deve atentar-se que as mulheres apresentam quadros peculiares ao gênero e necessitam de abordagens distintas na forma de tratamento, logo, grupos formados apenas por mulheres podem fornecer um espaço em que elas se sintam mais seguras para trabalhar questões relacionadas à dependência, baixa autoestima, comprometimentos sociais, papel social, entre outros temas.

O acolhimento dessas mulheres também deve ser repensado, uma vez que um ambiente favorável, com um número reduzido de barreiras estruturais e sociais possibilita não só a entrada no CAPS, mas a adesão ao tratamento.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. P. M; ZANELLO, V. **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade.** Curitiba: Appris, 2014. P. 41-58.

BASTOS, F. I; BERTONI, L. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224 p. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>. Acesso em: 28/11/14

BORGES, C. F; Baptista. T.W. F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci_arttext>. Acesso em: 07/10/14.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social** / DUARTE, P. C.A.V.; VON DIEMEN, Lísia; CHWARTZMANN, H. Sílvia; PECHANSKY, Flávio – UFRGS – Brasília: SENAD; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde/ UNASUS e Educação à Distância da Universidade de Santa Catarina – EAD/ UFSC – **Curso sobre álcool e outras drogas.** Módulo II – Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos. 2014. Disponível em: <https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/>. Acesso em 28/11/14.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de implantação dos Caps**. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que autoriza o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizar procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas.** Portaria nº 384, de 05 de julho de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes do Consultório na Rua.** Portaria nº º 122, de 25 de janeiro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio.** Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município.** Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs.** Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o acolhimento de pacientes de Centro de Atenção Psicossocial.** Portaria nº 189 de 20 de março de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de Atenção Psicossocial.** Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para o apoio de custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.** Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III.** Portaria nº 2841, de 20 de setembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede Atenção Psicossocial.** Portaria nº 1306, de 27 de junho de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde e define suas diretrizes gerais ações e metas.** Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que institui o repasse financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossociais realizadas.** Portaria nº 3089, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que redefine o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas**. Portaria nº 130/GM/MS, de 23 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria que revoga a Portaria N.º 2841/2010 e redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III e os respectivos recursos financeiros.** Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas(SENAD). **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população Brasileira**. Brasília, Agosto de 2007.

BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química [tese].** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-21082007-113755/pt-br.php>. Acesso em: 08/01/15.

BRASILIANO. S & BRUNFENTRINKER. H.P. **Mulheres Farmacodependentes: Uma experiência brasileira**. Atualização científica. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_128.htm>. Acesso em: 02/08/14.

Carlini, E. A *et al*. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País.** São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas)/ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); 2005. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11325&rastro=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2FEstat%C3%ADsticas/Popula%C3%A7%C3%A3o+geral+brasileira>. Acesso em 16/06/14.

COSTA *et al*. **Consumo abusivo de álcool e fatores : estudo de base populacional.** Rev Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 38(2): 284-91.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a03v33n3.pdf>. Acesso em: 22/06/14.

FILHO, D.A. M; LUDEMIR, A.B. **Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns.** Rev. Saúde Pública 2002;36(2):213-21 213 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf >. Acesso em: 22/10/14.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** 5ª edição**.** São Paulo: Atlas, 1999. 216 p.

GUIMARÃES, A. B. P. **Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar.** São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-07122009-191804/pt-br.php>. Acesso em: 06/08/14.

GOMES, V. K. **A dependência Química em Mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/publico/varela_do.pdf>. Acesso em: 05/09/14.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Saúde Mental. **Informações sobre Serviços de Saúde Mental**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html>. Acesso em: 15/09/14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Indicadores. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm>. Acesso em: 02/11/14.

JINEZ, M.L. J; SOUZA, J.R.M; PILLON, S.C. **Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio.** Revista Latino-am Enfermagem, São Paulo, 2009; 17(2). Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_17.pdf > Acesso em: 28/10/14

LARANJEIRA, R. [et al.], **Perfil de Mulheres Usuárias de Álcool em Ambulatório Especializado para Dependência Química. J. bras. psiquiatr. vol.57 no.1 Rio de Janeiro, 2008.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>. Acesso em: 13/10/14.

LIMA, M.S. **Epidemiologia e impacto social.** Rev. Bras. Psquiatr. Vol. 21 s.1 São Paulo, Maio de 1999. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500002&script=sci_arttext>. Acesso em 23/10/14.

LUDEMIR, A. B. **Inserção produtiva, gênero e saúde mental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):647-659, jul-set, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n3/2950.pdf >. Acesso em: 22/10/14.

LUFT, C. P. **Minidicionário Luft.** 22ª Edição, 6ª Impressão. São Paulo: 2010. Aquarius Gráfica e Editora. Págs.218 e 612.

PINHEIRO, L.R. S; MONTEIRO, J.K. **Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental.** Cadernos de psicologia Social do Trabalho. V.10 n.2, São Paulo, dezembro de 2007. Disponível em: <http://revistas.usp.br/cpst/article/view/25799>. Acesso em: 01/11/14.

OLINTO, M.T.A. **Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise.** Rev. bras. epidemiol. vol.1 no.2 São Paulo Ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000200006>. Acesso em 02/08/14.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). **Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.).** Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil.

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

TENÓRIO, F. A. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 2010/14.

VARELA, K. G. **A dependência química em mulheres, figurações de um sintoma partilhado.** São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/publico/varela_do.pdf>. Acesso em: 22/09/14.

VERGARA, S.C. **Projetos e pesquisas em administração.** 9ª ed. São Paulo: 2007.