



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS-IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL-SER

GABRIELLA LOHANNY NUNES LIMA

MULHERES EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO E SAÚDE MENTAL.
Um olhar sobre os CAPS AD do Distrito Federal.

BRASÍLIA-DF, 2017

GABRIELLA LOHANNY NUNES LIMA

MULHERES EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO E SAÚDE MENTAL.

Um olhar sobre os CAPS AD do Distrito Federal.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social- Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Me. Maria Elaene Rodrigues Alves.

BRASÍLIA-DF, MARÇO, 2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS-IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL-SER

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO E SAÚDE MENTAL.
Um olhar sobre os CAPS AD de Brasília.**

GABRIELLA LOHANNY NUNES LIMA

Orientadora: Prof^a. Maria Elaene Rodrigues Alves (SER/UnB)
Universidade de Brasília – UnB

(Prof^a. Andreia de Oliveira (SER/UnB)
Universidade de Brasília – UnB)

(Assistente Social Valéria de Oliveira Costa)
(Membro Externo ao SER/UnB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pela oportunidade de estar viva e concluir mais uma etapa na vida. Não foi um processo fácil, mas senti tua presença em todos os momentos em que pensei em desistir.

Ao meu falecido avô, Josué Facundes, por ter sido o meu maior exemplo em vida. Nordestino, analfabeto e dono de uma sabedoria que jamais pude encontrar em todos os livros e artigos que já li. Toda luta tem uma motivação. A minha foi e sempre será o senhor.

Aos meus pais, Marleide Nunes e Luiz Carlos Martins, por terem sido meu alicerce, meu porto seguro. Por terem me dado toda força, por me admirarem e por acreditarem no meu potencial, desde pequena. Vocês são o que eu tenho de mais valioso na vida.

Às minhas irmãs, Mariana Nunes e Ana Luísa Nunes, por sempre me fazerem companhia, inclusive durante as longas madrugadas de estudo. Por aguentarem meus momentos de stress e por me amarem como sou.

Aos meus tios e tias, Kátia, Agnaldo, Marilene, Angela, Alex pelo carinho e cuidado, desde sempre. Aos meus padrinhos, Marlene e Wemerson, por serem meus anjos da guarda aqui na terra.

Aos meus amigos dessa e de outras vidas: Jacqueline, Rafaella, Isa, Felipe, Camila Oliveira, Camila Pinheiro, Mariana, Vinícius, Gabriella e Raphael. Minha eterna gratidão por terem me acompanhado por tantos anos e por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida.

Ao presente que recebi, em meio ao caos: Bruna Pinheiro. Obrigada por tudo que fez por mim nos últimos meses. Você apareceu na minha vida como sinal de que tudo acontece por algum motivo e propósito.

Aos amigos que a UnB me deu a oportunidade de conhecer: Gabriela Quadros, Ana Carolina, Raiane, Johnny e Laura. Por todas as conversas, almoços, risadas e por terem tornado o fardo de escrever o TCC menos árduo.

À supervisora de campo de estágio e assistente social, Valéria Costa, por toda paciência, por ter tornado a experiência de estágio tão prazerosa e por ter despertado em mim a paixão pela área da saúde mental da mulher. Você é minha inspiração.

À minha orientadora, professora Maria Elaene, pela paciência e por caminhar comigo durante a reta final do curso.

Por fim, agradeço a UnB, por ter sido um espaço de amadurecimento intelectual e pessoal. Espaço onde pude conhecer, reconhecer, construir e desconstruir e, acima de tudo crescer.

“Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas.”

(Audre Lorde)

RESUMO

Palavras chaves: mulheres, drogadição, CAPS AD.

A figura da mulher foi, por muito tempo, excluída de vários espaços, ações e políticas. Por estar sempre à sombra da figura masculina, a mulher encontrou diversas dificuldades para conquistar direitos e respeito. O objetivo desse trabalho é analisar como a figura feminina foi construída socialmente, qual a relação dessa construção social com o adoecimento mental, uso e abuso de drogas e como o Distrito Federal vem atendendo e tratando dessa demanda tão específica. A coleta de dados foi feita a partir de análise bibliográfica, documental e pesquisa de campo. Os 7 CAPS AD (Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas) do Distrito Federal foram visitados para saber se existem grupos específicos para mulheres em situação de drogadição e constatou-se que essa demanda ainda é negligenciada.

ABSTRACT

Key words: women, drugs, CAPS AD

The figure of the woman was, for a long time, excluded from various spaces, actions and policies. For being always in the shadow of the masculine figure, the woman found several difficulties to gain rights and respect. The objective of this work is to analyze how the female figure was socially constructed, what is the relationship of this social construction with mental illness, drug use and abuse, and how the Federal District has been handling and dealing with this specific demand. Data collection was done from bibliographic, documentary and field research. The 7 CAPS AD (Psychosocial Alcohol and Drug Support Center) of the Federal District were visited to find out if there are specific groups for women in situations of drug addiction and it was verified that this demand is still neglected.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

NAT – Núcleo de Apoio Terapêutico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Política Nacional Antidrogas

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e entorno

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PROMUD – Programa da Mulher Dependente Química

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

LISTA DE QUADRO E TABELAS

TABELA 1 – Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo o *sexo e a faixa etária* dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da região Centro Oeste:

Faixas etárias (anos)	SEXO (EM %)													
	MASCULINO				FEMININO				TOTAL					
	ANO 2001		ANO 2005		ANO 2001		ANO 2005		ANO 2001		ANO 2005			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12-17	35	12,6	41	14,9	30	7,7	46	11,6	65	9,7	87	12,9		
18-25	53	19	35	12,07	82	20,9	64	16,1	135	20,1	99	14,7		
26-34	65	23,4	89	32,2	96	24,4	118	29,7	161	24	207	30,8		
≥ 35	125	45	111	40,2	185	47	169	42,6	310	46,2	280	41,6		
TOTAL	278	100	276	100	393	100	397	100	671	100	673	100		

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	14
1.1-Histórico do regime manicomial - antecedentes, Reforma Psiquiátrica e o período de transição: a reforma como processo	15
1.2-Surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial	23
1.3-Política Nacional sobre Drogas – reinserção e acompanhamento	25
CAPÍTULO 2: SAÚDE MENTAL, DROGADIÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO: UM DEBATE URGENTE E ATUAL.....	29
2.1-Desigualdade de gênero: uma relação com a saúde mental	29
2.2-A construção social de gênero em torno do adoecimento psíquico	35
2.3-Drogadição em mulheres: uma questão de saúde pública	39
CAPÍTULO 3: TRATAMENTO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO NOS CAPS AD DO DISTRITO FEDERAL	43
3.1-CAPS AD do Distrito Federal: importância no grupo específico para mulheres	43
3.2-Dificuldade de consolidação de grupos para mulheres: baixa prevalência e adesão de mulheres em CAPS AD	50
3.3-Consolidação dos CAPS AD e grupo para mulheres: desafios na conjuntura atual.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar quais são os serviços oferecidos à mulher que se encontra em situação de drogadição, nos CAPS AD do Distrito Federal, partindo do pressuposto de que esses serviços negligenciam essa demanda específica. Desse modo, a pesquisa busca desenvolver as seguintes questões: qual a relação que existe entre gênero e saúde mental? Como surgem os serviços substitutivos e quais demandas eles atendem? Como se estabelece a relação mulheres/drogas? Quais os serviços que comportam essa demanda e por que essas mulheres têm dificuldade de aderir ao tratamento? Esses foram os questionamentos que balizaram esse estudo.

Essa pesquisa pretende identificar: se os CAPS AD do Distrito Federal conseguem comportar essa demanda específica, se existe alguma preocupação com essa demanda e quais as dificuldades enfrentadas por esses serviços frente à esse grupo.

A escolha do tema de pesquisa está vinculada à experiência de estágio, no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Durante o período de estágio supervisionado, tive a oportunidade de conhecer a realidade de muitas mulheres gestantes que se encontravam em situação de drogadição. O HMIB possui um núcleo para acompanhar e tratar dessas mulheres – Núcleo de Apoio Terapêutico (NAT) - que chegam ao serviço demandando muitos cuidados. Muitas das mulheres que acompanhei relatavam a dificuldade de aderência ao tratamento nos CAPS AD de Brasília, e isso despertou meu interesse em pesquisar nessa área. Ora, se existe um serviço específico para tratamento de pessoas que estão em situação de drogadição, por que essas mulheres não conseguem aderir ao tratamento que lhe é oferecido? Diante desse contexto várias indagações surgiram, principalmente sobre os serviços específicos para mulheres em sofrimento mental.

O modelo qualitativo de pesquisa permitiu que fossem apontadas algumas falas importantes dos entrevistados e dos artigos que estavam relacionados à temática:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e

dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 22)

As informações que compõe esse trabalho foram pesquisadas em fontes diversas, mas especificamente nesses artigos: *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado* de Kátia Varela, *Saúde mental, gênero e violência estrutural* da professora doutora Valeska Zanello e *Papéis ocupacionais de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas* de Soares, Pereira, Pereira, Souza e Andrade. Além disso, foram utilizados dados coletados no site do Ministério da Saúde e na Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil.

Além disso, os 7 CAPS AD do Distrito Federal foram visitados, e três profissionais desses CAPS aceitaram dar entrevistas. Essas entrevistas foram semiestruturadas, gravadas e depois transcritas para fins de análise. As perguntas foram abertas, possibilitando que a entrevistada pudesse discorrer sobre o tema, sem se prender às indagações (Minayo, 2012, p. 64)

As perguntas serviram para identificar qual o tipo de demanda que esses CAPS AD atendem, o que motiva um CAPS AD a ter serviços voltados para a mulher em situação de drogadição e quais os CAPS possuem esse tipo de serviço.

Para a seleção das entrevistadas, foram observados os seguintes critérios: trabalhar no CAPS AD, ser mulher e ter algum tipo de contato com as mulheres que frequentam o CAPS. Ao serem convidadas, foi-lhes explicado o objetivo da pesquisa: desenvolver um estudo sobre os CAPS AD do Distrito Federal e os serviços oferecidos à mulher que faz uso de alguma substância psicoativa. Também lhes foram esclarecidos os cuidados éticos da pesquisa quanto ao sigilo, ao anonimato e compromisso de apagar todas as gravações ao final da pesquisa.

O estudo está dividido em três capítulos: *Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a luta antimanicomial*, que discorre sobre a história da saúde mental no Brasil e faz um levantamento das mudanças que ocorreram nesse processo de reforma, além de historicizar o surgimento dos CAPS; *Saúde mental, drogadição e relações sociais de gênero: um debate urgente e atual*, que discorre sobre a construção social em torno do gênero e como ela pode comprometer o tratamento de mulheres em sofrimento mental e a discussão sobre a mulher que utiliza algum ou vários tipos de drogas; *Tratamento de mulheres em situação de drogadição nos CAPS AD do Distrito Federal*, que descreve a pesquisa realizada nos CAPS AD de Brasília e os resultados da pesquisa de campo e pesquisa bibliográfica.

Todo o estudo teórico realizado nos dois primeiros capítulos serviram de embasamento para a elaboração do terceiro capítulo. Evidencio no estudo a importância da desconstrução de alguns conceitos acerca do “ser mulher” e de como esses conceitos podem influenciar no tratamento e na aderência dessas mulheres ao tratamento de álcool e outras drogas. Elucido no trabalho também a importância de se ter um grupo específico para mulheres nos CAPS AD, já que existem diferenças biológicas, fisiológicas, históricas e sociais entre homens e mulheres. Ou seja, o modo como a mulher se relaciona com as drogas é diferente do modo que homem se relaciona. Dessa forma, os tratamentos devem ser diferenciados.

CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Este capítulo tem como objetivo fazer um recorte histórico da saúde mental no Brasil, antes e depois da promulgação da Lei nº 10.216. No primeiro momento é feito um resgate histórico do regime manicomial que imperava no país, para podermos evoluir na discussão em torno dos avanços e desafios.

Em seguida, a partir de um levantamento das mudanças e das características do período de transição que vivenciamos, restou comprovado que a Reforma Psiquiátrica é um processo que ainda não chegou ao fim.

Após, o surgimento dos CAPS no Brasil, como eles funcionam nos dias de hoje e o surgimento da Política Nacional sobre Drogas e a reinserção e acompanhamento daqueles que se encontram em situação de drogadição.

1.1-Histórico do regime manicomial - antecedentes, Reforma Psiquiátrica e o período de transição: a reforma como processo

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento histórico, econômico, social e político que contribuiu com mudanças importantes em relação a substituição dos manicômios, que funcionavam como “um depósito de pessoas”. A verdade é que o modelo asilar e hospitalocêntrico¹ passaram a ser questionados e denunciados pela violência e ausência de eficácia do tratamento oferecido e pela cronificação do paciente. Nesse processo de reforma, várias denúncias foram feitas sobre a situação precária desses asilos e a péssima assistência prestada aos doentes que estavam nessas instituições. Segundo Machado:

A atenção psiquiátrica no Brasil se encontrava caótica, mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialidade. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas especializadas. (MACHADO apud VASCONCELOS, 1997, p. 36)

¹ Modelo conhecido pela institucionalização do paciente com transtorno mental.

Michel Foucault (1987), em “A história da loucura”, diz que é evidente que a internação funcionava como uma espécie de mecanismo social, tornando realidade o sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. De fato, muitas internações tiveram objetivo higienizador. Como o próprio autor coloca em sua tese, os homossexuais e todos aqueles que demonstravam algum tipo de liberdade sexual, eram internados e denominados loucos:

Quando a época clássica internava todos aqueles que, em virtude de uma doença venérea, da homossexualidade, da devassidão ou da prodigalidade, manifestava uma liberdade sexual que a moral dos antepassados condenava (sem com isso nem sequer sonhar com assimilá-los, de perto ou de longe, aos insanos), ela estava realizando uma estranha revolução moral: descobria um denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo estiveram bastante afastadas umas das outras. Agrupava todo um conjunto de condutas condenadas, formando uma espécie de halo de culpabilidade em torno da loucura (FOUCAULT, 1987, p.92).

O autor é enfático ao dizer que, a internação servia como forma de controle de pensamentos e expressões e tinha como objetivo “conduzir de volta à verdade através da coação moral”.

Arbex (2013), relata a história do Hospital Colônia de Barbacena – MG, considerado o maior hospício do Brasil. Fundado em outubro de 1903, o hospital foi cenário daquilo que pode ser considerado um verdadeiro genocídio. De acordo com a autora, os “indesejáveis sociais” eram internados nesse hospital: pobres, negros, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, prostitutas, alcoolistas, meninas que haviam perdido a virgindade antes do casamento.

Aproximadamente 70% das pessoas que estavam internadas no hospital colônia de Barbacena, não tinham sequer diagnóstico de doença mental, como Arbex (2013) relata. A autora descreve ainda como era o cotidiano e o tratamento oferecido aos pacientes:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra (ARBEX, 2013, p.26)

Esses pacientes eram obrigados a se despir quando chegavam na colônia e não tinham onde dormir. Eram submetidos à eletrochoques, e depois perdiam a consciência. Geraldo Magela Franco, funcionário aposentado do hospital, contou que o uso de medicamentos e os eletrochoques nem sempre tinham finalidades terapêuticas. Eram utilizados como modo de intimidação e contenção (ARBEX, 2013). Muitos foram os relatos de crueldade contados por aqueles que trabalharam no local, e pelos poucos sobreviventes, como este:

Sônia cresceu sozinha no hospital. Foi vítima de todos os tipos de violação. Sofreu agressão física, tomava choques diários, ficou trancada em cela úmida sem um único cobertor para se aquecer e tomou as famosas injeções de “entorta”, que causavam impregnação no organismo e faziam a boca encher de cuspe. Deixada sem água, muitas vezes, ela bebia a própria urina para matar a sede. Tomava banho de mergulho na banheira com fezes, uma espécie de castigo imposto a pessoas que, como Sônia, não se enquadravam às regras (ARBEX, 2013, P.45)

Somente no final de 1970, a luta a favor da mudança de paradigma da saúde mental no Brasil ganha forças. Esse período também foi marcado pela luta a favor da redemocratização do país. A partir da segunda metade da década de 1970, num contexto de insatisfação com o modelo autoritário que vigorava no Brasil, emergem críticas ao modelo de saúde pública do país. Nesse cenário, surgem denúncias de maus tratos e violência dentro dos manicômios brasileiros.

Em 1973, Foucault esteve no Brasil e realizou visitas aos hospitais. Esteve no Rio de Janeiro, onde palestrou na PUC. Em seguida, Foucault viajou para Belo Horizonte, onde realizou visitas aos hospitais psiquiátricos da região e palestrou para estudantes, além de ouvir relatos sobre os tipos de tratamentos que eram oferecidos aos loucos. (ARBEX, 2013)

Como relata o psicanalista Fernando Tenório (2002), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental alcançou grandes proporções no final da década de 70:

Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. (TENÓRIO, 2002, p.32)

Arbex (2013) relata que, no final de 1970, o então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Ronaldo Simões, denunciou no III Congresso Mineiro de Psiquiatria as violências que aconteciam no hospital Colônia:

Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança (ARBEX, 2013, p.180)

A Reforma Psiquiátrica é, por si só, um movimento complexo por se tratar de uma tentativa de conciliação entre diversas esferas sociais (OLIVEIRA, 2013). Por definição, entende-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira como sendo:

(...) desde um conjunto de medidas (políticas, plano e alterações na lei visando à desospitalização e à reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Este movimento pode ser compreendido enquanto revisão crítica (teórica, ética, política e jurídica) das práticas e discursos sobre doença mental e os chamados doentes mentais. Implica em tentativas mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental (PASSOS, 2003, p. 231).

O primeiro período desse movimento é marcado pela crítica ao asilo/modelo hospitalocêntrico de tratamento. Através de denúncias, esse período se iniciou, sendo que o ano de 1978 foi marcante. Nesse ano, Franco Basaglia, importante psiquiatra italiano que deu origem ao Movimento da Psiquiatria Democrática e o primeiro psiquiatra a criar novas estratégias de tratamento, aposentando o modelo asilar, desembarcou no Brasil.

No ano seguinte, o psiquiatra esteve novamente no país e visitou o Hospital Colônia de Barbacena – MG. Amarante (2006) considerou a visita um marco que produziu “forte e decisiva influência na trajetória de nossa reforma psiquiátrica”. De acordo com Arbex (2013), na ocasião da visita ao Hospital Colônia, Franco Basaglia declarou que esteve em um campo de concentração nazista e que nunca havia presenciado uma tragédia como aquela, em lugar nenhum do mundo.

Contudo, foi apenas em 1989, em Santos, que ocorreu a principal consequência após a vinda de Franco Basaglia ao Brasil. Segundo Amarante:

Após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto INAMPS, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, como os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) abertos 24 horas, sete dias

por semana. Foram criadas oficinas de trabalho para geração de renda dos ex-internos, além de cooperativas de trabalho e de diversos projetos culturais de inserção social, entre os quais merece destaque o Rádio e TV Tam Tam. (AMARANTE, 2006, p.34)

Ainda nesse ano, o então Deputado Federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei de nº 3657-A, que previa explicitamente a extinção dos hospitais psiquiátricos com justificativa na lei que vigora até hoje na Itália, idealizada por Franco Basaglia. A lei não fora aprovada, uma vez que a pressão dos diretores da psiquiatria, os próprios psiquiatras, familiares e dos diretores dos hospitais foi enorme, o que acabou levando ao engavetamento do projeto de lei. Contudo, mudanças aconteceram, como relata Amarante (2006):

O debate acabou repercutindo positivamente na opinião pública. A mais antiga associação de parentes e usuários, a Sosintra, do Rio de Janeiro, tomou a frente na defesa da reforma psiquiátrica e fortaleceu a posição contra os manicômios. Leis do mesmo tipo foram aprovadas em diversos estados. Experiências de desmontagem de estruturas manicomial passaram a ser implantadas pelos quatro cantos do país. A transformação do modelo virou prática política e social antes mesmo de virar lei, a despeito do fato de muitas das experiências não vingarem no Brasil. A da reforma psiquiátrica veio a reboque das práticas inovadoras que a anteciparam. (Amarante, 2006, p.34)

Embasados nos direitos humanos e civis, políticos e sociais, os aparatos legais criados na década de 1990 e nos anos 2000 foram cruciais para que se pensasse nos direitos daqueles que possuem algum tipo de transtorno mental. Essas legislações pensavam na promoção da cidadania para esses cidadãos, através da reinserção na sociedade, no mercado de trabalho e do tratamento em seu próprio território.

O ano de 2001 foi marcado pela aprovação do texto final da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A aprovação dessa lei respondeu a uma demanda muito específica da sociedade, sendo sustentada ao longo dos anos pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Em dezembro desse mesmo ano foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental que pretendia discutir a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo.

Nessa mesma Conferência, os CAPS foram apontados como peças principais para as mudanças pretendidas na saúde mental.

Como consequência dessa Conferência, a Portaria de nº 336/02 foi publicada, propondo um novo modelo de atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental. Essa portaria definiu os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como serviço ambulatorial de atenção diária, seguindo a dinâmica do território em questão. A portaria 336/02 define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. A partir dessa portaria, os CAPS passam a ser categorizados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Essas categorias são definidas por ordem crescente e de complexidade.

Os CAPS compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), juntamente com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs) e os Leitos de Atenção Integral (hospitais gerais).

Dados da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS mostram que no ano de 2002 o número de CAPS no Brasil era de 424. No ano de 2014, a mesma pesquisa mostrou que o número havia crescido para 2209 CAPS.

No entanto, sabemos que a promulgação da lei e outras portarias não garante a efetividade daquilo que está sendo proposto. Importante destacar também que, a Reforma Psiquiátrica não é apenas na infraestrutura dos lugares que acolhem pessoas em sofrimento mental. A Reforma prevê uma mudança também na divisão do trabalho interdisciplinar. As equipes de acolhimento em saúde mental não estão restritas à visão médica, mas agora conta com a contribuição de outros saberes profissionais.

A Política de Saúde Mental também propõe redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, criação de leitos em hospitais gerais, incorporação da saúde mental na atenção básica à saúde, incorporação de políticas públicas para o tratamento de álcool e outras drogas no âmbito da saúde mental, programas assistenciais e indenizatórios, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica. Essas são as diretrizes do Ministério da Saúde que visam a superação do modelo manicomial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma conquista recente e que ainda está caminhando para que os usuários, familiares e trabalhadores sejam, de fato, protagonistas de uma política de saúde justa e humanizada. Como afirma Pitta AMF

(2011), a RPB tenta responder as demandas do usuário de modo não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que esses confinamentos por transtorno mental trazem. A autora destaca ainda que o sucesso da reforma depende da construção de um novo modelo de cuidados que sustentem a existência desses usuários.

Contudo, é importante destacar que, mesmo com os avanços em relação aos serviços substitutivos, a extinção dos manicômios é progressiva e depende tanto da criação de medidas substitutivas consistentes e duradouras, quanto da desconstrução da eficácia do modelo asilar que imperava até pouco tempo no Brasil. Somente os serviços de alta qualidade podem garantir programas reabilitativos confiáveis (Saraceno, 1999)

Outro desafio que os usuários vivenciam, mas principalmente os trabalhadores da área da saúde, é o de identificar aquilo que distancia o trabalhador da verdadeira práxis transformadora, porque encontra-se frequentemente desinteressado, alienado e com suas ações cada dia mais mecanizadas e burocratizadas (SANTOS, 1994). É de extrema importância que os profissionais estejam inseridos nesse processo de Reforma e que tenham os treinamentos necessários para tratar de seus pacientes.

O adoecimento mental, por vezes, acaba por mobilizar toda a família, o que acaba ocasionando um sofrimento conjunto. É necessário que a rede que fora criada acolha todos os envolvidos e consiga tornar esse processo de tratamento menos árduo e doloroso. Por isso, a Reforma não pode ser superficial, dada a importância da humanização da assistência prestada.

Quando se fala da humanização dos serviços de saúde mental, não se trata de tornar esse serviço uma obra de caridade (negação de direitos). Trata-se de romper com essa lógica de que os serviços oferecidos pelo Estado são caritativos e reafirmar a ideia de que o acesso à saúde é direito de todos, inclusive do “louco”, e que a institucionalização não é a única saída para o tratamento desse usuário.

Ainda que de fato tenham ocorrido simbólicos avanços após a promulgação da Lei 10.216, ainda há resquícios da psiquiatria utilizada como forma de controle do indivíduo e que tinha como medida de tratamento a exclusão desse. Esse contexto ainda é um dos entreves que enfrentamos para que haja de fato uma reforma consistente e eficaz no Brasil e acaba por reforçar os estigmas que foram criados há anos.

Mesmo com a promulgação da lei e esforços reformistas voltados para a desinstitucionalização do paciente, o modelo asilar ainda não foi de fato superado. Estamos, na verdade, num período de transição dos modelos de saúde mental (Passos, 2003).

Apesar dos avanços, a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda tem um longo caminho a ser percorrido e a situação da saúde mental no Distrito Federal, alvo de pesquisa desse trabalho de conclusão de curso, não é diferente.

Zgiet, (2010) em sua dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília no ano de 2010, fez um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. Desse estudo concluiu-se que, se tratando de fatores microconjunturais, há uma insuficiência de recursos materiais e humanos para a execução do trabalho. Além disso, a manutenção de práticas segregadoras em hospitais especializados é comum. A reprodução de frustrações entre os servidores de saúde mental, a despadronização da compreensão de atenção à saúde mental, a ausência de estratégias alternativas ao modelo manicomial nos serviços existentes e compreensão simplista de manutenção do tratamento são ainda conclusões retiradas desse trabalho.

Além de todos esses fatores microconjunturais que Zgiet (2010) destacou, a autora mostrou ainda que existe uma insuficiência de serviços substitutivos no Distrito Federal para o acolhimento e tratamento das demandas da pessoa com transtorno mental. De acordo com notícia publicada no site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – TJDF, na data de 22/01/2016, o Distrito Federal terá o prazo de até dezembro de 2017 para construir e implantar 25 Residências Terapêuticas e 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Hoje, o Distrito Federal conta com os CAPS Taguatinga, CAPS Paranoá, CAPS Planaltina, CAPS Samambaia, CAPS ad Sobradinho, CAPS ad Santa Maria, CAPS ad III Samambaia, CAPS ad Guará, CAPS ad Ceilândia, CAPS ad Itapoã, CAPS ad III Rodoviária, CAPS ad i III Taguatinga, CAPS ad i III Brasília, CAPS III Samambaia, Instituto de Saúde Mental (ISM), Adolescentro, COMPP, CAPS i COMPP, Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Base do Distrito Federal. Além desses serviços, são oferecidos outros serviços de Saúde Mental de apoio como a Policlínica de Saúde Mental, que se encontra no Gama e o Núcleo de Apoio Terapêutico – NAT, que funciona no Hospital Materno Infantil de Brasília, atendendo gestantes em situação de drogadição.

1.2 Surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial

O primeiro CAPS do Brasil surgiu em 1986 e foi denominado professor Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Esse novo espaço não tinha mais o objetivo de internar as pessoas, mas acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um tratamento intensivo àqueles que sofriam com algum transtorno mental.

Segundo Pitta (1994), a inspiração para esse novo modelo de atendimento veio dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986 e contava com uma equipe multiprofissional. Segundo o autor, líderes comunitários e os demais profissionais utilizavam sucatas e outros materiais improvisados para reabilitar as pessoas que haviam sido excluídas do convívio social por conta de algum transtorno mental.

O CAPS é um serviço saúde aberto e comunitário, que funciona pelo menos durante os cinco dias úteis da semana (2ª à 6ª). Os horários de funcionamento dependem do tipo de CAPS. Os CAPS I, II, i e AD, em geral funcionam das 8 às 18 horas. Já os CAPS III funcionam 24 horas, diariamente, inclusive nos finais de semana e feriados, e teoricamente deveriam oferecer acolhimento noturno.

Esse novo modelo procura oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, através de uma gama de atividades/oficinas terapêuticas que são oferecidas nesses espaços. Entende-se portanto que o cuidado, em saúde mental, deve ampliar-se no sentido de ser uma sustentação cotidiana na vida diária do paciente, não excluindo suas relações sociais (TENÓRIO, 2002).

A ideia é, portanto, organizar os equipamentos de saúde mental em rede e não apenas num serviço, entendendo que a demanda é complexa e que é necessária a inclusão do usuário, que outrora fora estigmatizado e excluído:

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (MS, 2005, p 26).

Os CAPS se diferenciam de acordo com a demanda que atendem e capacidade de atendimento. Os CAPS I são espaços que possuem menor porte e que atendem os espaços com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Esse tipo de CAPS tem equipe formada por 9 profissionais, de níveis médio e superior e atendem usuários que

são adultos, e possuem transtornos mentais severos e persistentes. Os pacientes assistidos em um turno (4 horas), devem receber uma refeição diária, bem como os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias. O espaço funciona das 8 da manhã às 18 horas da tarde.

Os CAPS II atendem municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A equipe técnica deve ser composta por 12 profissionais, níveis médio e superior. Atendem pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, também. O horário de funcionamento desse tipo de CAPS é das 8 da manhã às 18 horas da tarde, podendo prolongar-se até as 21, caso haja outro turno e também oferecem refeições para aqueles que ficam 4 horas ou mais no espaço.

Já os CAPS III atendem municípios que tenham mais de 200.000 habitantes e funcionam 24 horas por dia. Ele possui acolhimento noturno, com no máximo 5 leitos, caso haja necessidade de repouso ou observação. A permanência de um mesmo paciente nos leitos fica limitada a 7 dias corridos, ou 10 dias intercalados no período de 30 dias (um mês). A equipe é formada por 16 profissionais, níveis médio e superior. Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser constituída por 5 profissionais.

Os CAPS I são serviços de atenção psicossocial voltados para crianças e adolescentes. O funcionamento é das 8 da manhã às 18 da tarde. A equipe é formada por 11 profissionais, níveis médio e superior. O espaço também oferece alimentação aos pacientes nos mesmo moldes dos CAPS I e II.

Os CAPS AD, foco desse trabalho, são serviços voltados para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso ou dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimentos em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Funcionam das 8 horas da manhã às 18 horas da tarde, e possui de 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso. A equipe multidisciplinar e formada por 13 profissionais, níveis médio e superior.

Os CAPS tem políticas e diretrizes instituídas a nível federal. Dessa forma, não há mudanças significativas das políticas e diretrizes de cada estado e/ ou município, da mesma forma que não há normas específicas para o trabalho de cada profissional do serviço (LARENTIS, MAGGI, 2012). Sendo assim, tudo deve funcionar de acordo com o perfil que cada população apresenta, seguindo a lógica da Reforma Psiquiátrica.

O financiamento dos CAPS é credenciado ao Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

O DF tem população estimada de 2.977.216, nos dias de hoje, e conta com apenas com 15 CAPS. Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede SUS.

1.3-Política Nacional sobre Drogas – reinserção e acompanhamento

Em 1998, o Brasil dá início à criação de uma política nacional sobre assuntos relativos a redução da demanda e da oferta de drogas. Após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).(OBID)

Em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas – PNAD do país. Em 2004, a política passou por um processo de realinhamento e atualização através da realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que tinha como objetivo a promoção do debate e o intercâmbio de experiências de sete países (Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça). Após ampla discussão e participação popular, a política realinhada passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Nota-se que a palavra “anti” foi substituída pela palavra “sobre”, já seguindo as tendências internacionais.

A PNAD foi criada na tentativa de conscientizar a sociedade brasileira sobre os aspectos negativos do uso indevido de drogas, educar e informar pessoas para a ação efetiva e eficaz de redução de demanda, sistematizar e divulgar iniciativas, ações e campanhas de prevenção, implantar e implementar a rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, dentre outras estratégias para diminuição da oferta e demanda de drogas no Brasil.

Em 2006, foi instituído Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pela aprovação da lei nº 11.343/06. A finalidade desse sistema era articular,

integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de droga.

Com a aprovação dessa Lei, o principal ponto a ser destacado é a distinção clara e definitiva entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, os quais passaram a ser tratados de modo diferentes, ocupando capítulos diferentes na Lei. Apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas sim, medidas sócio-educativas. Tenta-se, então, ressocializar o sujeito, por meio de penalidades alternativas, como por exemplo, por meio de advertências, prestação de serviços comunitários, participação de programa ou curso educativo.

Em 2006, o decreto nº 5.912 regulamentou as atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que ficou responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas do país.

O trabalho da SENAD é desenvolvida sob três eixos principais que são: Diagnóstico situacional, que se refere ao levantamento de dados sobre o uso de drogas na população geral; capacitação do agente do SISNAD e projetos estratégicos para o fortalecimento dos conselhos sobre drogas.

A implementação dessa política no Brasil foi um passo importante, muito embora não seja suficiente. Antes pensava-se em repressão, sem distinção entre fornecedores e usuários. Todos eram julgados como criminosos. Contudo, desde que fora instituído, o SISNAD começou a fazer a distinção entre criminosos e vítimas (SISNAD, 2012).

Ainda assim, nos dias de hoje, em relação ao álcool e outras drogas, podemos notar que existe forte conotação moral que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação dos usuários. A imagem que muitos profissionais de saúde e grande parte da nossa sociedade tem é de que a pessoa em situação de drogadição é uma pessoa ligada diretamente ao crime, que não tem amor próprio, não tem família e que, portanto, encontra-se na sarjeta (SUPERA, 2008).

Por isso, é importante salientar que, as políticas repressivas contribuem para a exclusão social e criminalização dos consumidores. Isso se deve, em partes, pelo

desconhecimento da real dimensão do contexto em que ocorre o uso e abuso dessas substâncias. Cabe aqui lembrar que, o consumo de drogas é uma prática milenar, realizada por diferentes povos e culturas, em contextos diversos (RIBEIRO, 2009).

Essas práticas repressivas acabam por criminalizar e excluir os indivíduos que utilizam substâncias psicoativas, reduzindo-os ao estereótipo de pessoas más e violentas. Portanto, esse tipo de prática acaba sendo um mecanismo de controle e segregação social (HASSON, 2010).

É fácil notar que, ainda nos dias de hoje, a pessoa em situação de drogadição sofre com o estigma que outrora fora enraizado em nossa sociedade. Acabamos por transformar concepções em expectativas normativas e em exigências apresentadas de forma rigorosa (GOFFMAN, 2004). Portanto, aquele que não corresponde a essas expectativas e padrões normativos, é estigmatizado e colocado à margem da sociedade. É fácil notar que é exatamente isso que acontece com aqueles que se encontram em vulnerabilidade por conta da situação de drogadição.

Por isso a importância de considerar alguns aspectos sobre aquele que faz uso de substâncias psicoativas. Antes de qualquer coisa, esse indivíduo é capaz de entender, querer e decidir, mesmo no contexto em que se encontra. É, de fato, um ser humano que se encontra em situação de vulnerabilidade e risco, muitas vezes confuso, ferido e marginalizado socialmente, mas ainda é capaz de confrontar, estimar, respeitar e mostrar qualidades (SUPERA, 2008).

Então, vale a definição de exclusão para que possamos entender como se dá essa dinâmica e quais são os malefícios trazidos por ela. A exclusão social é, portanto, uma dinâmica de privação ou exclusão de determinadas funções (Dicionário Aurélio, 1986). Esse processo de exclusão priva o indivíduo do acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, levando-o ao estabelecimento de relações de risco com algum tipo de droga.

A reinserção, desse modo, possui caráter de reconstrução das perdas e tem como objetivo a capacitação do usuário para que o mesmo exerça sua cidadania:

A reinserção social está relacionada com a possibilidade de reatar vínculos e o convívio do indivíduo com seus familiares e demais membros da sociedade, por meio da circulação e ocupação dos

espaços sociais. Reinsere o dependente de drogas socialmente é uma estratégia que necessita ser impulsionada pelos profissionais de saúde mental, por meio de ações que permitam a esse indivíduo torna-se mais autônomo e empoderado para a continuidade de seu tratamento (Siqueira, Backes, Moreschi, Terra, Soccol, Souto, 2015, p. 549).

A Política Nacional sobre Drogas – PNAD, dispõe justamente sobre como deve ser o tratamento da pessoa em situação de drogadição, sua recuperação e reinserção social, bem como a Lei nº 11.343/06 que garante o respeito ao usuário, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do SUS e da PNAS.

CAPÍTULO 2: SAÚDE MENTAL, DROGADIÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO: UM DEBATE URGENTE E ATUAL

A processo de Reforma Psiquiátrica é, sem dúvidas, um passo importante para que haja a humanização do serviço de saúde mental. Contudo, existem pautas que merecem importância dentro do debate de saúde mental, e uma delas é o olhar para a questão da drogadição e sua relação com a questão de gênero.

Esse capítulo vem mostrar como se deu e até hoje se dá a construção social em torno do gênero e como ela pode comprometer o tratamento dos transtornos mentais, mas também podem ser uma das causas desse adoecimento. Não obstante, o capítulo vem trazer a discussão sobre o uso de drogas por parte das mulheres e como as desigualdades sociais relacionadas ao gênero podem influenciar no tratamento oferecido à mulheres em situação de drogadição.

Diante disso, busca-se identificar quais os entraves existentes que impedem que a mulher seja de fato inserida nessa política pública e quais as consequências dessa conjuntura.

2.1-Desigualdade de gênero: uma relação com a saúde mental

O adoecimento mental não é um fenômeno novo, ao contrário disso. Durante os períodos coloniais, os chamados *alienados* eram abandonados nas ruas ou em prisões, ou internados nas chamadas Santas Casas de misericórdia, como vimos no primeiro capítulo. A Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) tentou mudar o olhar para essa problemática, tendo como objetivo a substituição dos manicômios, e a superação do modelo asilar e hospitalocêntrico. A verdade é que o modelo asilar e hospitalocêntrico tornou-se ultrapassado, uma vez que a exclusão da pessoa que está em sofrimento mental não ajuda no tratamento, tendo como objeto a doença, ignorando o sujeito e suas vivências.

Segundo Amarante (2010), durante a época clássica, os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia representavam uma espécie de “hospedaria” para os marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos e todos aqueles que representassem algum tipo de ameaça à lei e à ordem social. Não existiam critérios médicos para internação. Desde então, tudo aquilo que faz de um indivíduo diferente da maioria, torna-se um caso extremo, de uma pessoa má, fraca ou perigosa, deixando de

ser considerada criatura comum e total (GOFFMAN, 2004). Ainda nos dias de hoje, é presente o preconceito e estigmatização com relação a essas pessoas.

Podemos notar, a partir do recorte histórico feito no primeiro capítulo, que os sujeitos taxados como "loucos" ou "loucas" eram aqueles que não se enquadravam no padrão de normalidade imposto pela nossa sociedade ocidental, por isso eram banidos do convívio social.

Apesar das conquistas a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda existem muitos entraves que impedem que essa Reforma aconteça de fato. Como fora dito no primeiro capítulo, estamos em um processo. A RPB não se reduz apenas à desospitalização do paciente. Esse avanço pressupõe o entendimento de que, para além do transtorno mental, aquele sujeito está dentro de uma esfera social encharcada de valores e balizas que moldam sua forma de agir, pensar, se relacionar e se entender como "ser humano". Dessa forma, surge o questionamento quanto as questões reducionistas e biologizantes quando o assunto é saúde mental, afastando e esquecendo de se refletir os fatores socio-culturais e históricos do sujeito em questão. Por isso a importância da humanização do tratamento, como destaca Dimenstein (2004):

Humanizar, portanto, implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação (Dimenstein, 2004, p. 113).

Dada explicação de Dimenstein, podemos perceber a importância da inserção do profissional no processo reformista. É necessário que se entenda os objetivos desse processo e como ele é importante para o sistema de saúde, mas principalmente para o usuário e sua família. A autora também salienta a importância da aproximação do profissional com o caso, identificando assim suas especificidades e que ele consiga, a partir dessas diferenças, conduzir o tratamento de forma mais humana:

A isso se chama equidade, um dos princípios mais importantes que norteiam o sistema de saúde brasileiro relacionado à qualidade da assistência. Significa que a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes entre as pessoas com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades específicas de cada parcela da população. Equidade, portanto, diferencia-se de igualdade. Todos têm o direito de serem bem atendidos, mas não podem receber o mesmo atendimento, pois são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas (Dimenstein, 2004, p. 114).

A diferenciação entre igualdade e equidade se faz importante para o segundo capítulo desse trabalho. Dimenstein (2004) faz uma análise importante sobre as desigualdades existentes na rede de serviços. Mas essas desigualdades perpassam toda nossa sociedade e são diversas. Aqui, nesse capítulo, vamos nos ater à uma das expressões de desigualdades que permearam e permeiam boa parte da nossa sociedade: disparidades relacionadas ao gênero. Não vamos fazer uma análise apenas sobre como se dão essas relações de desigualdade, mas também fazer um estudo sobre como se dá o tratamento de mulheres em situação de drogadição nos serviços substitutivos existentes hoje. Como esse debate pode interferir no tratamento de homens e mulheres? Qual a importância desse debate dentro do campo da saúde mental? Homens e mulheres sofrem influência da nossa sociedade patriarcal? Homens e mulheres respondem da mesma forma aos tratamentos? Esses são alguns dos questionamentos que guiaram essa discussão.

Pensar o fenômeno do adoecimento mental e sua relação com a questão de gênero torna-se necessário, uma vez que o este pode afetar os aspectos da doença, a maneira como os sintomas aparecem, e até mesmo a busca por tratamentos e sua eficácia.

Para entender como o gênero pode afetar nesse diagnóstico, se faz necessário entender, primeiramente, o que é gênero e como essa terminologia surgiu. Esse conceito aparece a partir do movimento feminista, e a ideia central deste, nasceu com escritora francesa Simone de Beauvoir. A escritora chama a atenção dos leitores para as inúmeras construções sociais que se criam em torno do "ser homem" e, principalmente, do "ser mulher":

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam feminino. (BEAUVOIR, 1967, p.9).

A autora também destaca a supervalorização do masculino e de seu órgão genitor, que caracterizam, para nossa sociedade, virilidade e valor:

"O grande privilégio que o homem auferiu disso é o fato de que, dotado de um órgão que se mostra e pode ser pegado, tem a possibilidade de alienar-se nele, ao menos parcialmente." (BEAUVOIR, 1967, p.19).

Essa diferenciação, que pode parecer meramente biológica, é algo que é posto por educadores e pela sociedade, e que interfere diretamente no comportamento feminino. Podemos notar esse tipo de influência, por exemplo, quando observamos a distinção das brincadeiras ensinadas para meninos e meninas. Ao menino são ensinados esportes e lutas, por exemplo. Diferentemente do que é ensinado às meninas:

Ensinam-lhe que para agradar é preciso procurar agradar, fazer-se objeto; ela deve, portanto, renunciar sua autonomia. Tratam-na como uma boneca viva e recusam-lhe a liberdade. (BEAUVOIR, 1967, p.22).

Além disso, ensinam-lhe a cozinhar, passar, costurar, cuidar da casa, ser mãe como se essas atividades fossem naturalmente femininas. Em resumo, a mulher ocupou/ocupa um lugar de servidão. Existe uma construção social sobre a imagem feminina, a partir da natureza, que tipifica a mulher como um ser frágil, bonito, doce e sedutor. Sua loucura estigmatizada está relacionada à sua subjetividade e sexualidade. Notamos assim que, essas relações sociais de gênero são permeadas de poder. A figura da mulher ainda é, muitas vezes, marginalizada e estereotipada. Esses valores e determinações de gênero são utilizados como formas de julgamento e coerção, e afetam diretamente na autoestima do sujeito.

Sobre gênero, é pertinente citar Scott (1989), por revelar como estudos sobre o tema servem para desmistificar estereótipos já construídos sobre os papéis que homens e mulheres devem seguir:

O gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação, no fato de que as mulheres têm as crianças e que os homens têm na força muscular superior. O uso de “gênero” põe a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir sexo, mas ele não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente sexualidade (SCOTT 1989, p. 3).

Sendo assim, o emprego do conceito de gênero vai além do olhar biológico e apresenta diversos significados de identidades constituídas culturalmente e socialmente, perpetuado durante as gerações, como explica Saffioti (1999):

A diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída e o é com frequência (SAFFIOTI, 1999, p. 83).

Quando levantadas categorias que são valorizadas em cada sexo, é fácil perceber que, a mulher que tem comportamento sexual recatado, que nega a si em prol do outro e que cuida do corpo em busca do ideal estético é mais estimada. Assim como o homem que é classificado como “pegador”, que tem comportamento sexual ativo e é um trabalhador dedicado e bem sucedido é apreciado e respeitado.

Maluf (2009), em sua pesquisa realizada em Florianópolis, assesta apoiado no discurso de mulheres que utilizam o serviço público de saúde mental, como o estado de sofrimento mental está associado ao contexto social e cotidianos destas. A pesquisa revela que, essas mulheres pesquisadas deram relevância aos conflitos familiares, a relação com o companheiro e filhos, cotidianos dentro de casa, como principais motivadores do sofrimento mental. A partir dessas informações podemos perceber como a loucura pode estar engendrada.

É pertinente destacar também o quão biologicista pode ser o discurso dos profissionais que trabalham com saúde mental, afastando-se das questões sociais que

compõe a realidade do sujeito em questão. Isto é, essas particularidades e singularidades discutidas no debate de gênero são, muitas vezes, invisibilizadas e medicalizadas.

Outra recente pesquisa realizada por Valeska Zanello e Bruna Bukowitz (2011) revela que, os valores e estereótipos de gênero presentes na nossa cultura, aparecem como balizas para a "quebra psíquica". O alvo da pesquisa foram pacientes internos de um hospital psiquiátrico público de Brasília, que estavam em crise ou surto. A partir da fala dos pacientes psiquiatrizados, a pesquisa apontou que as queixas das mulheres estão, na maioria das vezes, relacionadas à vida amorosa e contexto familiar. Já na fala dos homens, as queixas se relacionam com a vida sexual, trabalho, dinheiro e fama. A pesquisa constata que, 71% dos pacientes trazem um discurso marcado pela virilidade. Em contrapartida, a partir das falas das pacientes, 77% fazem queixas relacionais:

As queixas amorosas das mulheres referiam-se, sobretudo, ao ato sexual, a amores impedidos pelos familiares, traições, separações, abandono, ameaças, ou falta de provimento financeiro (...) Nas queixas relacionais familiares das mulheres aparecem tanto os maus-tratos dos filhos com elas (filhos que agredem, que não ajudam etc) quanto, principalmente, a preocupação com o cuidado dos filhos (quem está cuidando dos filhos, não poder amamentar, interferências na educação que dá ao filho etc). (Zanello e Bukowitz, 2011).

De acordo com o Relatório sobre Saúde Mental no Mundo 2001 – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/ONU – as mulheres estão mais susceptíveis ao adoecimento psíquico por conta dos múltiplos papéis que elas desempenham na sociedade. Esses múltiplos papéis estão associados à imagem de mãe, esposa, cuidadora e educadora. Além disso, outros fatores podem agravar esse estado de sofrimento, como Anna Mara Corbi Caldas dos Santos (2009) destaca:

Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. (SANTOS, 2009, P. 02).

Nota-se que, até mesmo quando o homem ou a mulher manifestam sintomas de adoecimento psíquico, estes são balizados por normas morais da nossa sociedade. Uma

mulher depressiva é mais aceita socialmente do que um homem depressivo, por exemplo. E um homem alcoolista é mais aceito socialmente do que uma mulher alcoolista. Por isso a importância de reconhecer em cada usuário suas singularidades e particularidades.

Uma pesquisa realizada por Kátia Varela Gomes para obtenção do título de doutor em Psicologia no ano de 2010 observou a dificuldade de permanência das mulheres em grupos mistos de tratamento desenvolvidos em um CAPS ad, num município de São Paulo. Durante a pesquisa notou-se, por exemplo, que essas mulheres estavam em minoria:

“ (...) essas se encontravam em minoria e eram constantemente “atacadas” pelo público masculino, com o seguinte discurso: “homens podem beber e mulheres não”, “para os homens já é feio beber, imagina para mulheres”, “as mulheres que bebem são “fáceis”, “as mulheres que estão nas “bocadas” são vagabundas ou prostitutas”, “as mulheres usuárias fazem de tudo para usar, não é verdade?””. (Gomes, Kátia Varela, 2010, p 14).

Essa pesquisa discute a importância da existência de grupos homogêneos para o tratamento de homens e mulheres, uma vez que o tratamento através de grupos mistos pode ser dificultado em decorrência da estigmatização e preconceitos sociais. Diante de tais relatos, vê-se o quão importante é a escolha do tratamento para que a mulher possa aderi-lo, de fato. Diante de uma sociedade essencialmente machista e patriarcal, e de toda a construção social que existe em torno do ser mulher, se faz necessário pensar a mulher como um indivíduo potencialmente excluído e vítima dessa conjuntura, estando ainda em lugar de subordinação.

Essa reflexão é importante para pensarmos como tem sido tratadas as noções de cidadania e direitos na nossa sociedade. Para Silveira (2003), o Estado deve ater-se as desigualdades existentes entre homens e mulheres e deve elaborar políticas públicas que repensem esse contexto.

2.2-A construção social de gênero em torno do adoecimento psíquico

Discutir gênero torna-se importante e urgente nos dias atuais, como destaca Zanello (2015) quando diz que a experiência do sofrimento psíquico é construída

socialmente. Segundo Cesares (2006), os estereótipos são construídos socialmente e sustentam a desigualdade e as relações hierárquicas tão frequentes na nossa sociedade no campo da desigualdade entre homens e mulheres.

A criação desses estereótipos aprisiona mulheres a ideia de que elas devem ser dóceis, dedicadas à família, e amáveis. Elas são destinadas a cumprir o desejo do outro, negando a si mesmas e enquadrando-se nos padrões. É exatamente nesse contexto que mulheres adoecem psiquicamente falando. E na área da saúde, mais especificamente da saúde mental, essa discussão deve ser viabilizada quanto antes. O discurso biologizante por parte de muitos profissionais da área de saúde mental afasta-se, e muito, do debate das relações de gênero. Não ouvir o usuário/paciente, não dar voz àquele que utiliza do serviço de saúde, é dos erros mais graves quando estamos falando de tratamento. Como podemos perceber, o adoecimento mental de homens e mulheres podem acontecer de formas distintas. E se, até mesmo os sintomas se diferem, porque o tratamento deve ser singular? Se faz necessário pensar o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração todo esse arcabouço moral que é imposto pela sociedade que adoecem homens e mulheres.

Uma pesquisa realizada por Valeska Zanello, Gabriela Fiuza e Humberto Soares Costa, no período de novembro de 2013 a maio de 2014, com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de Brasília, a partir da análise do conteúdo de 15 entrevistas semiestruturadas, mostrou que, o adoecimento psíquico das mulheres se difere do adoecimento dos homens. Os resultados apontam que a fala delas é marcada, sobretudo, pela impossibilidade de maternar e cuidar dos afazeres domésticos. Em contrapartida, o adoecimento deles é marcado pela impossibilidade de trabalhar e sustentar a família, além da dificuldade de expor sua virilidade.

Foram entrevistadas 7 mulheres. Dentre essas mulheres, 6 citaram o casamento como um dispositivo que mantém um dos papéis principais do gênero. Em contrapartida, o casamento aparece também como aspecto negativo por mulheres que dizem não terem sido “escolhidas”. E ao assumir esse papel, essas mulheres revelam enormes sofrimentos:

“Eu vejo as meninas da minha idade tudo saindo pra namorar, e estudando e tendo suas vidas, tanta coisa, e ganhando seus ursos, suas flores, suas rosas e eu não ganhava flores, não ganhava presente, não

ganhava nada. [...]. Várias vezes eu tentei me matar com medicamento, mas quando eu percebi que não ia dar certo [...].

Entrevistadora: Mas se matar por quê?

Por causa da situação que eu tava, estava em um estado deplorável, todas as meninas que tiveram filhos na mesma época que eu tiveram seus maridos, namorados, e eu solteira o tempo todo.” (Fátima, 28 anos).

O fato de não ser escolhida, de não ter um parceiro, de não viver um romance, incomoda a maioria das mulheres. Isso porque, para estar dentro dos padrões de normalidade, a mulher precisa ter um parceiro para, de fato, obter um status na nossa sociedade.

Outro fato que pode ser observado durante as entrevistas é que o sexo foi citado como se fosse uma obrigação matrimonial, moeda de troca, favor ou serviço. Mais uma vez, observa-se o papel de servidão que as mulheres muitas vezes ocupam em relação aos homens. Dessa forma, percebe-se como o sexo forçado é naturalizado ainda nos dias de hoje.

Ainda durante entrevista, todas as mulheres citaram a maternidade. Contudo, seus aspectos negativos se sobressaíram, revelando que para essas mulheres a maternidade significar negar-se a si, caso contrário, se penalizam e se culpam. Dentre as dificuldades listadas por essas mulheres, se destacam o sofrimento por não reconhecer seus filhos (42,8%) e o fato de não conseguir maternar (100%).

Outros aspectos citados durante a entrevista são o fracasso pessoal e a vivência da gestação/maternidade solitária. Em uma das entrevistas para a pesquisa, Anita (57 anos) relata que não se vende o corpo somente por dinheiro, mas também para a maternidade e que é preciso ter consciência e abrir mão de coisas das quais defenderia, “o seu papel de mãe tem que ser cumprido, não importa quais sejam as situações que estejam fazendo obstáculos.”

A posição de silenciamento ficou evidente durante as entrevistas, segundo os autores da pesquisa. Essa posição de silenciamento refere-se à ideia de que a mulher deve ter cuidado com o que faz e diz. Suas atitudes precisam sempre estar dentro das normas aceitáveis pela sociedade. O silêncio apareceu em todas as entrevistas, de maneiras diferentes. Os autores Zanello, Fiuza e Soares ainda listaram essas formas de silêncio em 3 categorias. São elas:

- 1) Mecanismo de defesa (afim de evitar brigas) – 28, 5%

- 2) Religião como forma de apaziguamento e silenciamento – 14,2 %
- 3) Condição de existência, e conseqüentemente caminho privilegiado para o adoecimento – 85,7%

Esse silenciamento é causa frequente do adoecimento mental. A mulher não se reconhece como sujeito protagonista da própria vida, e utiliza o silêncio como mecanismo de defesa, sendo esse um dos causadores do sofrimento psíquico. O momento de crise, nesse sentido, pode refletir aquilo que estava guardado e velado há muito tempo e que agora é posto para fora, mas é entendido pela sociedade como “crise” ou “surto”.

O último ponto a ser discutido na pesquisa foi o enquadramento da mulher no padrão estético que é construído pela sociedade, principalmente ocidental. A obesidade apareceu como um fator de sofrimento. 57,1% das mulheres entrevistadas relataram que não corresponde a esse padrão e que se sentem tristes, de alguma forma, por esse motivo. A velhice e o fato de não ser branca (racismo) também foram citados durante as entrevistas.

Nota-se como o adoecimento da mulher envolve não só questões biológicas, como acreditava-se. O adoecimento psíquico da mulher tem múltiplos fatores, que envolvem suas relações sociais e a conjuntura social que esta está inserida. Sendo assim, a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é pela constatação de suas características no usuário, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana (LAURELL, 1982). Desse modo, é importante identificar a natureza social da doença, que pode não ser verificada no caso clínico.

Laurell (1982) defende que a saúde e a doença são processos sociais. Mesmo que dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde diferentes. O perfil daquele que adoece muda, de acordo com o momento histórico. Por isso a importância de entender o adoecimento como um processo, não estanque, que envolve a visão biológica também, mas não somente ela:

(...) o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato o social. Há necessidade, então, de ir além do objeto direto da medicina clínica e da epidemiologia e construir um objeto que nos permita um estudo empírico do problema (LAURELL, 1982, p. 150).

A autora ainda diz que identificar o caráter duplo da doença (biológico e social) significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si.

2.3-Drogadição em mulheres: uma questão de saúde pública

O debate sobre as relações sociais de gênero perpassa não somente a questão da saúde mental em si. O uso e abuso de álcool e outras drogas é hoje uma preocupação mundial, visto que o consumo dessas (lícitas ou ilícitas) aumenta a cada dia. No Brasil, uma pesquisa recente aponta que o crescimento do consumo de álcool *per capita* aumentou 75%, entre 1970 e 1996 (Carlini-Marlatt, 2001).

Mesmo com esse crescimento, de acordo com o Ministério da Saúde (2007), até o ano de 2002 a saúde pública brasileira não vinha se ocupando de fato com a prevenção e o tratamento dos transtornos decorrentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas. A prática medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso, reforçando o isolamento social e o estigma ainda predominavam (Pinho, Oliveira e Almeida, 2004) Somente em 2003, com a formulação da Política Nacional Específica pra Álcool e Drogas, que o tratamento passa a seguir o que está previsto na Lei 10.216.

A dependência de drogas psicoativas é considerada etiologia multifatorial por não ter um único determinante. Está associado a especificidades individuais, sociais, familiares, políticas, econômicas, culturais e biológicas, sendo um equívoco considerar o quadro de dependência química ignorando algum desses fatores (Sudbrack, 2001). Todas as singularidades do sujeito devem ser levadas em consideração, sendo isso uma premissa para que haja um bom tratamento. Não analisa-se a droga por si só e seu efeito sob o indivíduo. A identidade do sujeito e seu modo de viver ficam comprometidos, levando-o a procurar por tratamento.

Contudo, existe um desconhecimento que persiste até os dias de hoje sobre questões relacionadas às dependências femininas. Isso porque considerou-se, durante muito tempo, o uso problemático de substâncias psicoativas somente entre a população masculina. Sempre houve preconceito no que se diz respeito ao uso e abuso de drogas por mulheres, aliado a menor prevalência desse fenômeno no universo feminino. Esses foram fatores que dificultaram e tornaram tardio o reconhecimento da dependência como um problema significativo para mulheres.

A escassez de pesquisas que avaliassem o uso e abuso de drogas por mulheres também foi um fator importante para que houvesse generalização, aplicando o resultado dessas pesquisas feitas com homens, em mulheres. Isso fez com que até mesmo os tratamentos fossem pensados a luz dos resultados das pesquisas feitas em homens, desconsiderando as diferenças fisiológicas, psicológicas ou sociais que existem entre os dois gêneros.

Ainda que o uso dessas substâncias seja predominantemente masculina, estudos epidemiológicos apontam para o crescimento do consumo e envolvimento com drogas entre as mulheres. No que se refere ao tráfico de drogas, por exemplo, dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) mostram crescimento acentuado no número de mulheres encarceradas por crimes associados ao tráfico de drogas (SOUZA, OLIVEIRA, NASCIMENTO, 1993). Existe uma especificidade das mulheres com a droga, como aponta o trabalho das coordenadoras (Silvia Brasiliano e Patrícia Hochgraf) do PROMUD.

Outra especificidade da mulher em relação as drogas é envolvimento de forma indireta, em função da existência de um parceiro drogadicto:

“A mulher traficante de drogas, assim identificada pelo sistema jurídico- normativo no momento de sua prisão, é também esposa, companheira, namorada, mãe e filha, e desempenham diferentes papéis sociais no seu cotidiano. A partir dessas variadas identidades, a mulher passa a compreender-se como sujeito no meio em que vive, pautando suas praticas de acordo com os referenciais simbólicos que a inserem em lugares específicos na sociedade” (COSTA 2008, p.22).

Sendo assim, muitas mulheres acabam se envolvendo com o tráfico e até mesmo fazendo o uso de substâncias psicoativas em decorrência do uso e envolvimento de seus parceiros. De acordo com Souza, Oliveira e Nascimento (2014), existe uma estreita relação entre o uso de drogas e a violência doméstica sofrida por mulheres. O homem, ao fazer uso dessas substâncias, utiliza da força para coagir a mulher. E como é unanimidade na literatura, o uso dessas substâncias pode ser motivada pela busca de alívio para angústia, depressão, medo. Por isso, a mulher acaba fazendo o uso de drogas

para sentir alívio perante situações de violência, ou até mesmo para se encorajarem e enfrentarem essas situações, ainda que por um curto espaço de tempo.

Diante disso, explica-se a necessidade da setorização, para que haja atendimento das demandas dos subgrupos, como das mulheres farmacodependentes. Com essa setorização, facilita-se o processo de encontrar tratamentos e estratégias de prevenção mais eficazes para os subgrupos, uma vez que os estudos serão mais dirigidos (HOCHGRAFF; ANDRADE, 2004).

A deficiência de pesquisas na área do uso de substâncias psicoativas por mulheres pode ser explicada também pela ausência de busca por tratamento por parte dessas. Essa dificuldade estaria vinculada, por exemplo, ao estigma social que existe quanto ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas por mulheres (Green, et al., 2002).

Diante desse contexto, é possível observar que existem diferenças entre homens e mulheres farmacodependentes. Essas diferenças são complexas e envolvem fatores sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais (Walter et al., 2003). Os homens desse subgrupo têm mais problemas legais e profissionais, enquanto as mulheres têm mais problemas físicos e familiares (HOCHGRAFF; ANDRADE, 2004).

As questões que são levantadas pelas mulheres que utilizam algum tipo de substância psicoativa são inquietantes. É possível observar pelas falas que, muitas delas foram abusadas sexualmente, sofreram violência doméstica, sofrem com a baixa autoestima e se preocupam com o futuro de seus filhos (HOCHGRAFF; ANDRADE, 2004).

Importante ressaltar que, quando uma mulher sofre algum tipo de violência, outras violências já podem ter ocorrido, contudo não são identificadas:

As violências física, sexual, emocional e moral não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente. Certamente, pode-se afirmar o mesmo para a moral. O que se mostra de difícil utilização é o conceito de violência como ruptura de diferentes tipos de integridade: física, sexual, emocional, moral. Sobretudo em se tratando de violência de gênero, e mais especificamente intrafamiliar e doméstica, são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres:

sujeição aos homens, sejam pais ou maridos (SAFFIOTI, 1999, p 84)

A violência de gênero, portanto, não ocorre de forma aleatória, mas contextual, uma vez que existe uma organização social de gênero na sociedade que reforça essas relações de poder e privilegia o masculino (SAFFIOTTI, 1999).

Para Ilha, Leal e Soares (2010), a violência contra a mulher evidencia as desigualdades de gênero que existem nos dias de hoje, corroborando para o sofrimento mental e a procura por drogas lícitas ou ilícitas. Por isso, para os autores, os casos contra a mulher são casos de saúde pública. Outra especificidade dos casos de drogadição em mulheres, é o fato de muitas vezes iniciarem o uso porque os parceiros já são dependentes de alguma substância psicoativa.

Outro fator que corrobora para o desencadeamento da dependência em mulheres são os laços conflituosos entre familiares (PEDROSO, 2013). O conjunto de fatores negativos vivenciados pela mulher em seu ciclo familiar, pode ser um fator determinante.

De acordo com II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), 4,7% dos homens entrevistados já haviam recebido tratamento para o uso abusivo de drogas, enquanto 1,6% das mulheres haviam recebido tratamento. De acordo com o mesmo levantamento, 10,8% dos homens entrevistados já haviam discutido sob o efeito de alguma droga, enquanto apenas 3,3% das mulheres haviam discutido sob o efeito de alguma substância.

Assim, é possível perceber como o tratamento de mulheres em situação de drogadição é negligenciado. Ainda que os efeitos das drogas seja diferente em homens e mulheres, é necessário ressaltar a importância do tratamento, ainda que esses sintomas não sejam tão latentes quanto nos homens.

CAPÍTULO 3: TRATAMENTO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO NOS CAPS AD DO DISTRITO FEDERAL

Este último capítulo tem o intuito de descrever a pesquisa realizada nos CAPS AD do Distrito Federal e os resultados obtidos através de entrevista semi-estruturada.

Num primeiro momento, analisamos a situação desse serviço no Distrito Federal e como se dá o tratamento de mulheres em situação de drogadição. Depois analisamos o porquê do baixo quórum de mulheres nos grupos destinados a elas, o estigma que elas sofrem e a escassez de pesquisas nesse âmbito.

Ainda nesse capítulo, informamos quais os CAPS AD que não oferecem nenhum tipo de tratamento específico para mulheres e o porquê dessa inexistência, uma vez que nota-se um aumento no número de mulheres em situação de drogadição no país.

3.1-CAPS AD do Distrito Federal: importância no grupo específico para mulheres

A pesquisa de campo desse trabalho foi realizada nos sete CAPS AD que estão espalhados pelo Distrito Federal: Samambaia, Sobradinho II, Santa Maria, Guará, Ceilândia, Itapoã e Asa Sul. O objetivo da pesquisa era identificar quais os CAPS AD do Distrito Federal que oferecem algum tipo de grupo ou oficina direcionado a mulheres em situação de drogadição

Entendendo que, no tratamento de pessoas dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, deve-se considerar alguns aspectos, resolvemos focar na heterogeneidade dos usuários e o rompimento com a ótica binária.

Isso quer dizer que, assim como destacamos no primeiro capítulo deste trabalho, a drogadição afeta pessoas diferentes, de modos diferentes, sendo multifatorial. Portanto, o tratamento desses usuários deve ser pensado de forma que não se exclua as particularidades e singularidades.

Dentre as estratégias e modalidades de intervenção no tratamento da dependência química, Varela (2010) destaca a importância dos grupos. Segundo a autora, além dos programas exclusivos para mulheres, o grupo homogêneo é indicado. A autora ainda explica o porquê da produção de grupos homogêneos:

Os grupos mistos podem restringir os comportamentos, as oportunidades e as influências da mulher, sendo que os problemas das mulheres podem ser negligenciados, considerando-se o maior número de homens em relação às mulheres nos grupos. (VARELA, 2010, p. 61).

A criação de grupos específicos para mulheres possibilita troca de vivências, favorecendo a identificação. Sendo assim, os grupos homogêneos acabam se tornando o espaço onde essas mulheres vão se sentir à vontade e livres da estigmatização e de críticas moralistas.

Pesquisas apontam para o crescimento do número de mulheres dependentes de alguma droga, seja ela lícita ou ilícita (LENAD, 2012). A assistente social do CAPS AD III da Asa Sul diz ter notado aumento da procura por mulheres ao serviço de desintoxicação:

“Eu acredito que, realmente, visualmente, acompanhando em grupo a gente tem percebido um aumento da participação das mulheres, né? Não é tão significativa, mas existe, né? (...) A gente tem recebido muito por meio de encaminhamentos oficiais. As vezes são pessoas que estão em situação de rua, mulheres. A gente recebe muito esses encaminhamentos.” (entrevista concedida pela assistente social em 21/11/2016).

É importante destacar o contexto de vulnerabilidade que as mulheres em situação de rua vivenciam. Mesmo que a população feminina em situação de rua seja menor que a masculina, como aponta pesquisa censitária (BRASIL, 2009a), a mulher se torna mais vulnerável por estar em um contexto permeado por estigmas, violências, desigualdade de gênero e direitos sociais (Rosa e Bretas, 2015).

Pesquisa realizada por Biscotto, Jesus, Oliveira, Silva, Conz e Mereghi (2016), descreveu o cotidiano de algumas moradoras de rua que pernoitavam num albergue de um município em Minas Gerais. Diante do contexto de vulnerabilidade, essas mulheres em situação de rua destacaram a violência física, sexual e o convívio com drogas como situações a serem enfrentadas na rua.

De outubro de 2015 a abril de 2016, os principais serviços da rede de apoio do GDF (Governo do Distrito Federal) destinados a mulheres atenderam mais de 9 mil pessoas em situação de violência. De acordo com o jornal online Correio Brasiliense do dia 01/06/2016, o governo não tem o número exato de quantas mulheres em situação de rua sofreram algum tipo de violência, mas calcula que seja aproximadamente 20% das mulheres atendidas.

Em entrevista concedida ao jornal Correio Brasiliense, Keila que está em situação de rua, diz que foi parar nas ruas em decorrência do uso de drogas. Hoje Keila vive em um acampamento com o marido e três filhos e relatou que:

“Várias vezes, eu me vi vulnerável, agredida e discriminada só por ser mulher. Sinto isso até na fila do ônibus. Uma vez, ainda grávida, um homem gritou comigo. Ele me xingou e foi preciso uma outra pessoa entrar no meio. Se eu fosse um outro homem, ele não teria feito isso. São várias situações constrangedoras até hoje. Tudo porque eles acham que podem fazer qualquer coisa com a gente.”

Ainda sobre esse contexto de violência contra mulheres em situação de rua, Lúcia Bessa, subsecretária de Políticas para Mulheres, disse em entrevista que o empoderamento dessas mulheres pode salvar vidas e que muitas vezes elas encaram os serviços públicos como o único lugar de apoio ainda existente, já que a maioria já não possui vínculos familiares (Correio Brasiliense, 2016).

Uma profissional de CAPS AD que pediu para que o nome do CAPS não fosse identificado, diz que a maioria das mulheres que procuram o serviço são alcoolistas. Entende-se por dependência de álcool o uso excessivo dessa substância, prejudicial à saúde física e mental, e o abuso como uso contínuo de álcool que interfere no funcionamento geral do indivíduo e geralmente evolui para a dependência (KAPLAN & SADOCK, 1998).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2005, observou-se um aumento do consumo de álcool entre mulheres de 12 à 17 anos e de 26 à 35 anos, entre os anos de 2001 e 2005.

A tabela a seguir, traz a comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo sexo e a faixa etária dos entrevistados nas cidades com mais de 200 mil habitantes da região Centro – Oeste.

TABELA 1

Faixas etárias (anos)	SEXO (EM %)											
	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	ANO 2001		ANO 2005		ANO 2001		ANO 2005		ANO 2001		ANO 2005	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12-17	35	12,6	41	14,9	30	7,7	46	11,6	65	9,7	87	12,9
18-25	53	19	35	12,07	82	20,9	64	16,1	135	20,1	99	14,7
26-34	65	23,4	89	32,2	96	24,4	118	29,7	161	24	207	30,8
≥ 35	125	45	111	40,2	185	47	169	42,6	310	46,2	280	41,6
TOTAL	278	100	276	100	393	100	397	100	671	100	673	100

Fonte: SENAD, 2005 .

De acordo com pesquisa realizada no CAPS AD do Guará, através da coleta de dados de 173 prontuários de mulheres, Leite (2015) conseguiu traçar o perfil dessas mulheres. Conforme dados da pesquisa, pode-se constatar que:

- A maioria das mulheres que fazem acompanhamento no CAPS AD do Guará tem entre 31 e 40 anos (35,47%);
- 37,79% são católicas e 37,21% são evangélicas;
- 29,32% dessas mulheres possui 1 filho, 27,82% possui 2 filhos e 24,06% possui 3 filhos;
- A maior parte (42,44%) encontram-se desempregada;
- A maioria dessas mulheres (29,65%) possuem apenas o ensino fundamental incompleto, e 25,58% possuem o ensino médio completo;
- A maioria das mulheres chegam ao CAPS AD Guará por demanda espontânea (61,05%), ou seja, sem necessidade de encaminhamentos;
- 59,30% estão solteiras e 14,53% são casadas;

- Quanto ao consumo das substâncias psicoativas, 58,72% dessas mulheres fazem uso de álcool e múltiplas drogas;

Sobre essas informações é necessário elucidar alguns aspectos importantes. O primeiro aspecto a ser notado é que, a maioria dessas mulheres tem entre 31 e 40 anos. Apesar de a experimentação das substâncias psicoativas ocorrer, na maioria das vezes, na adolescência (SUPERA, 2006), o fato de a maioria das mulheres que procuram o CAPS AD do Guará ter idade entre 31 e 40 anos pode estar relacionado ao não agravamento do quadro de dependência, ainda.

Nota-se também que, a maioria dessas mulheres está desempregada e possuem apenas ensino fundamental incompleto. Essas são duas informações importantes que devem ser pauta de reflexões e discussões. O fato dessas mulheres estarem desempregadas pode estar relacionado ao abuso de substâncias psicoativas:

As alterações físicas, o comprometimento social e as perturbações psicológicas causadas pelo uso freqüente da droga com o decorrer do tempo interferem a tal ponto no desempenho profissional, que fica evidente, então, a patologia que será agora abordada terapeuticamente, em uma fase na qual o tratamento não poderá mais evitar a perda de produtividade do indivíduo. (BECK E DAVID, 2007, p. 706).

O baixo nível de escolaridade pode comprometer o ingresso ao mercado de trabalho, sendo mais um fator a ser analisado. Lima (1999) diz que pessoas com baixo nível de escolaridade e renda tendem a desenvolver com maior facilidade algum tipo de transtorno mental, incluindo o uso e abuso de drogas. Isso pode estar associado ao tempo ocioso e contexto social em que a pessoa está inclusa.

Assim como relatado no capítulo anterior deste trabalho, as mulheres também demonstram forte preocupação com relacionamentos amorosos. É como se o fato de estarem acompanhadas trouxesse algum tipo de status para a nossa sociedade. A não vivência de um romance pode ocasionar inferiorização das mesmas, trazendo uma enorme carga negativa para o emocional dessas mulheres. Esse contexto é fruto de uma sociedade machista, marcada pelo patriarcado, que cria doutrinas a serem seguidas pelas mulheres. Zanello e Bukowitz (2011) revelam, através de pesquisas, como os valores e estereótipos de gênero podem balizar a quebra psíquica.

A maioria dessas mulheres chegam ao CAPS AD do Guara atraves de encaminhamentos. A assistente social do CAPS AD da Asa Sul, em entrevista concedida no dia 23/11/2016, diz que isso se deve ao fato de o CAPS AD ser um serviço relativamente novo e que ainda está se consolidando:

“Acho que como o CAPS vem se consolidando como serviço de AD, a gente acaba recebendo muito mais (usuários). Acho que esse talvez seja um dos motivos. Antes o CAPS não era um serviço muito consolidado. Até hoje a gente recebe paciente que chega aqui e diz que nem sabia que existia um serviço como esse. E ai fala “ah, fulano de tal que me falou, ai sim que eu descobri e resolvi procurar”. Então assim, acho que o serviço ainda está se consolidando.” (Entrevista concedida pela assistente social em 23/11/2016).

Durante as entrevistas às profissionais do CAPS AD do DF, quando questionadas sobre a motivao para a criao dos grupos específicos para mulheres, as respostas foram muito similares:

“A gente viu que elas demandavam uma coisa mais específica delas, sendo que a maioria dos nossos pacientes são homens e ai muitas vezes elas se sentiam envergonhadas mesmo, quase não se colocavam. Quando se colocavam, tinham esse receio do julgamento.” (Entrevista concedida pela assistente social do CAPS AD do Guara, em 23/11/2016)

“Tem uma motivao muito importante que  essa necessidade mesmo de criar um espaço específico para mulheres, para elas se sentirem  vontade para trabalhar questões de gênero, n? Porque a gente percebe muito assim, quando a mulher chega, ela já chega muito fragilizada (...)  necessário esse espaço, n? Pra gente tentar trabalhar de forma direcionada essa questão do empoderamento, pensando em todos os aspectos e necessidades que essa mulher tem, sendo uma mulher dependente química, que já tem dentro do seu contexto familiar, comunitário, em todos os aspectos. E ainda tem aquelas que estão em situao de rua, n? Que da já tem outras questões que precisam ser trabalhadas.” (Entrevista concedida pela assistente social do CAPS AD Asa Sul, em 23/11/2016)

“Demanda própria. Elas não se sentem à vontade nos grupos frequentados por homens.” (Entrevista concedida pela funcionária do CAPS AD que preferiu que o nome do CAPS não fosse identificado, em 06/11/2012

Natural que mulheres não fiquem à vontade de falar sobre suas particularidades na frente de homens, visto que vivemos em uma sociedade ainda encharcada pelo machismo. No dia em que fui fazer a entrevista no CAPS AD da Asa Sul, presenciei uma situação que caracteriza bem a realidade de mulheres que utilizam substâncias psicoativas e a dura estigmatização sofridas por elas.

Ao final da entrevista, a assistente social do CAPS AD III Asa Sul foi abordada por uma usuária. A mulher dirigiu-se à assistente social com xingamentos do tipo “piranha”, “vagabunda”. Era nítido que a mulher estava sob efeito de algum entorpecente. Logo após, um homem, também usuário do serviço e também sob efeito de alguma substância, começa a xingar a mulher e diz: “piranha é você! Além de piranha, é drogada”.

Diante desse fato, podemos observar como a mulher é julgada por estar nesse contexto e como, mesmo sendo um ambiente voltado para o atendimento de homens e mulheres, os serviços podem ser também um campo de exclusão e estigmatização. Reparem como o homem subestima a mulher e a desqualifica por ser mulher e ter problemas com alguma droga.

Dessa forma, fica nítido o quanto deve ser difícil trabalhar questões específicas das mulheres, em grupos mistos. A mulher já está em contexto de vulnerabilidade e desigualdade pelo simples fato de ser mulher. Quando à essas vulnerabilidades são adicionadas os estigmas construídos socialmente, o tratamento fica mais difícil.

É importante salientar que, a construção social feita entorno do gênero, o machismo, o patriarcado, o uso e abuso de drogas, as vulnerabilidades sociais, o contexto familiar e todas as outras peculiaridades abordadas ao longo deste trabalho, para além de questões sociais, são questões que trazem sofrimentos.

Essas mulheres que procuram tratamento estão marginalizadas e fragilizadas. Muitas vezes já sofreram algum tipo de violência, estão em situação de rua, perderam a guarda de seus filhos, estão desempregadas. Todo esse contexto causa sofrimento. Por

isso a importância de existir um tratamento específico voltado para essa demanda específica.

3.2-Dificuldade de consolidação de grupos para mulheres: baixa prevalência e adesão de mulheres em CAPS AD

De acordo com dados coletados durante a pesquisa, as mulheres têm dificuldade em aderir ao tratamento de álcool e drogas. Estudos comprovam que essa dificuldade de permanência nos tratamentos envolve múltiplos fatores:

As mulheres usuárias de drogas enfrentam barreiras de ordem estrutural; sistêmica; social, cultural e pessoal na busca e permanência de tratamento. As barreiras sistêmicas refletem a falta de habilidade para identificação da diferença de gênero, tanto por parte de pesquisadoras(es) e formuladores de política em saúde, como por parte da população feminina, para influenciar as políticas e decisões sobre alocação de recursos para programas que respondam a necessidades específicas de mulheres. (OLIVEIRA, NASCIMENTO & PAIVA, 2007, p. 696).

Segundo Laranjeira (2008), 53,1% das mulheres em situação de drogadição abandonam o tratamento no primeiro mês. Como fora dito no segundo capítulo, a nossa sociedade considera que essas mulheres são promíscuas, irresponsáveis e amorais.

Essas mulheres têm dificuldade de permanência nos serviços, principalmente porque tem dificuldade de se reconhecer como pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade e que precisa de tratamento. Isso se deve aos comportamentos e papéis sociais que foram construídos ao longo da história, e que fazem com que a mulher sinta vergonha de reconhecer-se em contexto de vulnerabilidade e procurar serviços e tratamentos.

O CAPS AD de Sobradinho II e da Samambaia, que tinham grupo para mulheres, resolveu dar uma pausa no serviço pela falta de aderência ao tratamento por parte dessas mulheres. Outros CAPS AD, como o do Guará, Santa Maria e Asa Sul, relataram a dificuldade de mantimento do grupo para mulheres, uma vez que o quórum é baixo, e às vezes nenhuma mulher comparece. A assistente social do CAPS AD do Guará explica:

“O grupo é aberto, e elas trazem temas específicos. Então, por ser um grupo aberto, toda semana está entrando pacientes novas. Tem uma questão de rotatividade grande. Mas, em média, são de 7 a 12 mulheres por grupo. O grupo tem essa metodologia de propor temas específicos para cada encontro (...). Se trabalha aquele tema, naquele dia. Como é muito rotativo, não pode ter uma sequência. O que começar, tem que terminar naquele dia, porque às vezes a paciente não volta”. (Entrevista concedida pela Assistente Social, no dia 23/11/2016).

Percebe-se que, por conta da grande rotatividade e do baixo quórum, alguns CAPS optam por não dar continuidade ao grupo de mulheres. Nota-se também que a mulher consegue esconder a dependência por mais tempo, visto que sofrem com os estigmas sociais, tornando mais tardia a procura por tratamento.

Além da vergonha e culpa que essas mulheres sentem, algumas delas são mães e não tem onde deixar os filhos para frequentar o grupo. Para este grupo de mulheres seria necessário serviços especializados de cuidado destinados às crianças. Pode-se dizer que essas necessidades devem ser ponderadas para que haja maior aderência dessas mulheres aos tratamentos e grupos:

Mulheres com problemas de uso e abuso de drogas têm apresentado situações e necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas usuárias de drogas. Estas situações e necessidades, de um modo geral, estão associadas com: gravidez; responsabilidades nos cuidados com crianças; trabalho com sexo; traumas decorrentes de abuso físico e sexual experienciados na infância e/ou adolescência; o sistema judiciário; e, ainda, com níveis mais altos de problemas de saúde mental e crônica em relação aos homens (OLIVEIRA, PAIVA & VALENTE, 2006, p. 474).

Não é simplesmente criar um grupo para mulheres em situação de drogadição. É necessário que haja um olhar mais cuidadoso para todas as especificidades que existem na vida e no cotidiano dessas mulheres, para que esse tratamento não seja superficial e ineficaz.

Essa dificuldade de aderência não é um caso isolado do Distrito Federal. Uma pesquisa realizada em CAPS AD de Goytacazes, no Rio de Janeiro, por Batista, Batista & Constantino (2012), constatou que dos 788 prontuários analisados, houve prevalência do gênero masculino sobre o feminino. Os resultados mostraram que, no ano 2000, houve prevalência de 90,26% de homens e 9,74% de mulheres. E em 2009, houve 86,12% de usuários do sexo masculino e 13,88% do sexo feminino.

Dessa forma, tanto pela literatura científica, quanto pelas pesquisas realizadas, a dificuldade de aderência ao tratamento é um fato real, e que está associado aos tantos estigmas e preconceitos enraizados na nossa sociedade. Esses fatores combinados com outras dificuldades e particularidades tornam a adesão ao tratamento mais complexa, se contrapondo à realidade dos homens que se encontram em situação de drogadição.

3.3-Consolidação dos CAPS AD e grupo para mulheres: desafios na conjuntura atual

O debate e a reflexão sobre as perspectivas de gênero tanto no âmbito acadêmico, quanto na esfera social, são importantes para que direitos não sejam ceifados e para que se repense as noções de cidadania e igualdade (social, racial, de gênero). Através desses debates e da problematização é que se consegue pensar em medidas que abarquem a todos, de forma justa.

Existem poucas pesquisas sobre drogadição e gênero, principalmente porque, ainda hoje, entende-se que o problema com substâncias psicoativas são exclusivamente de homens. Dessa forma, as políticas públicas foram pensadas à luz dessa exclusividade, e por isso as mulheres foram, de certa forma, excluídas dessas políticas.

Acontece que, nos últimos anos, ocorreu um aumento na demanda de mulheres que utilizam algum tipo de substância psicoativa (LENAD 2012). Essas mulheres ficaram à margem, mais uma vez. Pela escassez de pesquisas que abarcassem essa demanda específica, as mulheres passaram a ser tratadas assim como os homens, nos serviços já existentes. Ou seja, participavam de grupos mistos (homens e mulheres). Obviamente, notou-se que, esse tipo de tratamento não servia para todas as mulheres e que essa demanda precisava de um espaço.

Naturalmente, essas mulheres não se sentiam/sentem à vontade de falar sobre a drogadição na frente dos homens, por se sentirem coagidas, como pode-se constatar nas leituras e pesquisa de campo. Por isso, a necessidade de um grupo específico para mulheres foi notada e começou a ser considerada como mecanismo para o tratamento dessa demanda.

Não obstante, a discussão das relações sociais de gênero teve que ser considerada, assim como todos os estereótipos construídos socialmente sobre “ser mulher”.

Os CAPS AD são serviços relativamente novos, e estão tentando se consolidar, assim como muitos outros serviços substitutivos. Apesar disso, pensar no tratamento de mulheres em situação de drogadição é urgente, é uma questão de saúde pública e requer esforço e consciência crítica por parte da equipe que compõe esses serviços.

Segundo Brasiliano (2005), a dependência química em mulheres ainda é fenômeno pouco estudado e pouco reconhecido em muitos países. Isso porque a sociedade alimenta a ideia de que a mulher ideal não pode possuir nenhum tipo de vício, comportamentos amorais e afins. Se construiu uma ideia de que a mulher precisa ser feminina, esposa e mãe, cumprindo assim com seu “papel social”. Isso fez com que muitas mulheres adoecessem por não conseguirem se encaixar nesses estereótipos construídos ao longo da história da humanidade.

Da mesma forma, as mulheres que utilizam algum tipo de substância psicoativa sofrem com o preconceito, rejeição e estigmatização. Além disso, tem dificuldade no acesso às políticas que atendem esse tipo de demanda.

Dessa forma, surge a necessidade de estudar esse contexto e compreender como essa problemática surge, quais são os fatores desencadeantes e como o tratamento pode ser feito, além do treinamento dos profissionais para esse tipo de abordagem.

O cuidado com essa problemática é função do Estado, como bem destaca Oliveira:

(...) é função de um Estado democrático elaborar políticas públicas que reconheçam a desigualdade de poder entre homens e mulheres, sendo, portanto, legítimo atuar pensando em uma lógica de políticas públicas que sempre considere o impacto diferenciado para homens e

mulheres em todos os âmbitos, mas que também reconheça legitimidade nas ações voltadas para o fortalecimento das mulheres que, enquanto coletivo social, estão em condições subordinadas na sociedade. (Silveira, 2012³ apud Oliveira, 2013, p. 65).

Durante a pesquisa de campo, todos os profissionais entrevistados foram unânimes ao dizer que um serviço voltado a mulheres em situação de drogadição é imprescindível.

Teoricamente, existiam no Distrito Federal 9 CAPS AD em funcionamento, sendo 2 deles CAPS AD I. Contudo, os CAPS AD I III de Taguatinga e o CAPS AD I III da Asa Norte foram reformulados, e passaram a ser CAPS II, não atendendo mais as demandas de crianças e adolescentes que estão em situação de drogadição. Por isso, hoje o DF conta com 7 CAPS AD.

Desses 7 CAPS AD, dois não possuem grupo específico para mulheres: CAPS AD Sobradinho II e CAPS AD III Samambaia. Os profissionais dos CAPS informaram que o grupo foi extinto por conta do baixo quórum, como já fora relatado neste trabalho. O CAPS AD III da Asa Sul também estava sem grupo de mulheres, por conta do baixo quórum, mas retornaram as atividades em novembro de 2016.

Os demais CAPS AD possuem grupo de mulheres, mas também relataram o baixo quórum e a pouca aderência ao tratamento como desafios a serem enfrentados para que o grupo continue existindo.

Quando perguntadas sobre o porquê desse baixo quórum de mulheres, as profissionais apontaram a vergonha e a culpa como os principais motivos da não aderência.

Por isso a importância da desconstrução dos estigmas criados pela nossa sociedade e pesquisas na área da saúde da mulher. Importante também lembrar que a drogadição também é questão de saúde pública, que precisa de tratamento especializado. É necessário que se entenda que a saúde da mulher não pode estar relacionada apenas à saúde física ou ao período gestacional. Para além disso, a saúde mental da mulher é de suma importância.

A partir dos dados coletados nas visitas de campo e através da experiência de estágio supervisionado, foi possível observar que a questão da drogadição em mulheres ainda é negligenciada. Pouco se pesquisa sobre o assunto e ainda existe muito preconceito e estigma. Apesar dos serviços estarem crescendo e em estágio de consolidação, há muito que se avançar no que se diz respeito à saúde mental da mulher, em especial daquela que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Para que esses avanços ocorram, é necessário que se pense em uma política de saúde mental que contemple a mulher e todas as suas particularidades. Também é importante que se leve em consideração as especificidades do feminino, a sexualidade da mulher e sua relação com as drogas.

O fortalecimento do grupo de mulheres que fazem uso de alguma substância psicoativa precisa se consolidar, uma vez que, é exatamente nesse espaço que muitas dessas compartilham os abusos que já sofreram durante a vida, a preocupação com os filhos, a baixa autoestima e a preocupação com o corpo. Dessa forma, é necessário que se avance no que se diz respeito as pesquisas na área, como bem ressalta Varela:

Consideramos que a especificidade das características desse grupo e a escassez de pesquisas nessa área, colocam a dependência química feminina como um *enigma a ser desvendado* e um tema fundamental para pesquisa científica (VARELA, 2012, p. 10).

Além disso, utilizar outras ferramentas para que haja aderência dessas mulheres ao tratamento é fundamental. A busca ativa é uma dessas ferramentas. Conhecer o território em que se atua, identificar as situações de vulnerabilidade e riscos sociais desse território é essencial para que se tenha noção da dinâmica social do lugar de atuação. Além disso, essa ferramenta inclui também a divulgação dos serviços oferecidos pelos CAPS AD e articulação com a rede.

A utilização de ferramentas alternativas pode facilitar a criação de vínculos com o usuário e aumentar as chances de permanência no tratamento. Sem que haja qualificação de profissionais na discussão das relações sociais de gênero, articulação dos serviços da rede, pesquisas na área de mulheres em situação de drogadição, consolidação dos serviços já existentes e utilização de ferramentas alternativas, a tendência é que essas mulheres continuem a abandonar o tratamento e o número de dependentes aumente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil encontra-se em um processo árduo de consolidação, que precisa amadurecer. Muitas foram as conquistas nesse campo, não se pode negar. Em suma, algumas particularidades desse amadurecimento foram destacadas no presente estudo, em particular associado às relações sociais de gênero.

A dominação do homem sobre a mulher é evidente na nossa sociedade, contribuindo para que inúmeras violências incidam sobre elas. Não há como contestar que o poder permeia a discussão sobre gênero. Não obstante, a mulher encontra-se em situação de vulnerabilidade e à margem quando o assunto é saúde da pessoa em situação de drogadição, por exemplo.

Como bem ressalta Heleith Saffioti (2015), a experiência histórica das mulheres tem sido muito distinta das dos homens, porque a participação de umas é diferente das de outros. Essa dominação que existe dos homens sobre as mulheres pressupõe que a mulher é subordinada. Essa subordinação baseia-se no controle e no medo, presentes nas relações patriarcais que permeiam a nossa sociedade.

Engana-se quem acredita que essas relações não interferem nas formulações de políticas públicas. Essa relação de dominação que existe no machismo e no patriarcado incidem de forma cruel na vida da mulher, deixadas de lado suas vivências, particularidades, singularidades no momento em que são formuladas políticas.

A saúde mental da mulher foi por muito tempo negligenciada. Só a partir da mobilização do movimento feminista (1980) que começa-se a pensar em questões relativas à saúde da mulher, em um contexto geral. Mas ainda há muito que se avançar.

Como fora dito no decorrer desse estudo, a drogadição tem acometido mais mulheres nos últimos anos, necessitando, dessa forma, de um novo olhar sobre essa questão. O envolvimento com drogas foi considerado, por muito tempo, como exclusivamente masculino. Por isso, o tratamento daquele que se encontrava em situação de drogadição foi todo pensado à luz dessa demanda específica. Acontece que mulheres não respondem aos tratamentos de álcool e outras drogas da mesma forma que os homens, por questões muito específicas e que precisam ser levadas em consideração.

Além disso, diante da relação gênero-patriarcado-violência, existem questões muito específicas que mulheres em situação de drogadição já vivenciaram que merecem atenção especial, como por exemplo as inúmeras violências que muitas delas presenciaram. Nota-se, assim, a necessidade de um espaço voltado para essas mulheres.

Dessa forma, é necessário que se reconheça as diferenças entre homens e mulheres e que se reconheça as necessidades específicas de cada um. Atribuindo valor igual à ambos, caminharemos então para a igualdade de gênero.

Enquanto isso não é conquistado, é importante que existam debates e discussões entorno dessas questões. Essas mulheres que estão em situação de drogadição e vulnerabilidade precisam fortalecer-se e para que isso aconteça, é necessário que elas tenham espaço. Para além da drogadição, existe uma mulher que sofre com a nossa sociedade machista, mas também existe uma mulher que possui qualidades e não está resumida somente à drogadição.

É necessário que existam espaços que favoreçam experiências e trocas de vivências, sem que haja repressão, preconceito, discriminação e estigmatização. O serviço que acolhe não pode agir como a sociedade que reprime, isola e marginaliza. O olhar cuidadoso do profissional frente as demandas que lhes são apresentadas fazem a diferença. É a partir desse cuidado e fortalecimento de vínculo que a mulher se conhece, reconhece, redescobre e escolhe seu lugar.

Para que essa demanda tão específica tenha o devido acolhimento, existe a necessidade de atualização e capacitação das equipes que compõe esses espaços. Os profissionais envolvidos nos tratamentos precisam estar a par do que acontece na nossa sociedade e não podem reforçar os estigmas e preconceitos que estão tão enraizados na nossa cultura. A verdade é que, mesmo com os avanços no que se refere à saúde mental, as demandas da mulher em situação de drogadição são muito complexas e delicadas e merecem um cuidado especial.

Como foi dito no decorrer desse estudo, a baixa aderência dessas mulheres aos tratamentos tem múltiplos fatores. Mas é importante destacar que a culpa e a vergonha estão muito presentes nesse processo de reconhecimento e tratamento. A sociedade, de uma forma geral, ainda não consegue aceitar e entender que a drogadição é uma questão de saúde. A mulher que faz uso de alguma substância psicoativa não é uma pessoa má,

sem coração, criminosa. Ao contrário disso, essa mulher precisa de acolhimento e ajuda. Ela precisa ser reconhecida como mulher, mesmo que não se encaixe nos padrões construídos socialmente.

Por isso a necessidade de uma equipe de fato comprometida e capacitada para desenvolver esse tratamento. Com essa capacitação, a aderência dessas mulheres pelo tratamento pode aumentar, uma vez que ela se sentirá acolhida e não julgada como fora outrora.

Além disso, é necessário pensar em mecanismos para que o serviço chegue até essas mulheres, que muitas vezes não conhecem o serviço ou como ele funciona, por estar se consolidando.

É através do debate e da reflexão sobre gênero, que construção é feita entorno dele e a drogadição que vão sendo repensados as noções de cidadania e igualdade. A problematização dessa temática enriquece o processo de construção de políticas públicas.

Dessa forma, fica evidente que pensar a mulher em situação de drogadição e suas particularidades é urgente. Uma vez que essas particularidades não são pensadas, ocorre o que podemos chamar de negligência. E a partir disso, essa demanda não consegue aderir aos tratamentos propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Scientific American** **Mente Cérebro**. Set, 2006

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 2.ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

Beck LM, David HMSL. **O abuso de drogas e o mundo do trabalho; possibilidades de atuação para o enfermeiro**. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery, 2007

Backes DS, Moreschi C , Terra MG , Soccol KLS , Souto VT. **Reinserção social do indivíduo dependente de crack: Ações desenvolvidas pela família..** Florianópolis 2015

BRASIL. Ministério da Justiça. **Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana**. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12**. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 19/03/2016)

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil –** Brasília, 2011

_____. **Portaria nº 3.088**. Brasília, 2011

_____. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. 2005 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 12/01/2016.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: 2005. São Paulo, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados**. Ano VI, Volume 9. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf> Acesso em: 2/06/2016.

_____. **Saúde mental em dados**. Ano VII, Volume 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 2/06/2016.

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: Acesso em: 10/04/16

CARDIN, Nathália. ***Número de moradoras de rua vítimas de violência chega a 1800 Siqueira DF.***

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: Acesso em 16/08/2016

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. Ed.São Paulo: outras Expressões, 2012

DIMEENSTEIN, Magda. **A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência.** *In:* Psicologia Ciência e profissão. Brasília, 2004

FOUCAULT, Michael. *História da loucura na idade clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p.

GOFFMAN, Erving. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* 4. Ed. New Jersey: Prentice – Hall, Inc., 2004

Kaplan, H.; Sadock, B., & Grebb, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica** (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2007

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social.** México: Revista Latinoamericana de Saúde, 1982

LEITE, Ana Luiza. **Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no CAPS AD Guará.** Brasília, 2015

LIMA, Maria da Glória. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo.** Tese de Doutorado apresentada à 1800 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002

MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen (orgs.). 2010. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.** Florianópolis: Letras Contemporâneas

MINAYO, Maria Cecília de Souza, *et al.* **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade.** 31. Ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MORATO, Paloma. **Loucas por direito – Saúde Mental das mulheres. Um estudo de caso no Hospital São Vicente de Paulo: limites e possibilidades.** [TCC] Brasília, 2013

Oliveira JF, Nascimento ER, Paiva MS. **Especificidades de Usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade.** Bahia: Esc Anna Nery Rev Enferm 2007

Oliveira JF, Paiva MS, Valente CLM. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero.** Rio De Janeiro: Cienc. Saúde Coletiva vol. 11

PASSOS, Izabel. **Cartografia da publicação brasileira em Saúde Mental: 1980-1996** in: Psicologia: teoria e pesquisa. Minas Gerais, 2003

PITTA, A.M.F. (1996). **Cuidados com o cuidar: estratégias de avaliação.** Cadernos IPUB. Por uma assistência em transformação, 3, 159-170.

SAFFIOTI, Heleieth. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher.** São Paulo: São Paulo em perspectiva, 1999

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo, 2015

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** New York, Columbia University Press. 1989

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VASCONCELOS, E. M. **“Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental”.** In: Serviço Social e Sociedade, 1997, n° 54. Cortez, São Paulo

ZANELLO, Valeska e COSTA E SILVA, René Marc. **Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural**. In: **Revista Biomédica**, Volume 20, Número 2, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776> Acesso em: 09/02/2016.

_____. **Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados**. In: *Estudos Feministas*, 2011–2012. Disponível em: <<http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>> Acesso em: 10/06/2016.

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. 156f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010

Reportagem para a uol (Paulo Amarante)
http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html

