



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

MÔNICA BRITO DO RÊGO LEAL

SER MULHER E DEPENDENTE QUÍMICA:

adesão ou adaptação ao tratamento?

BRASÍLIA/DF

2009

MÔNICA BRITO DO RÊGO LEAL

SER MULHER E DEPENDENTE QUÍMICA:
adesão ou adaptação ao tratamento?

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Assistente Social da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Neuza de Farias Araújo

BRASÍLIA/DF
2009

MÔNICA BRITO DO RÊGO LEAL

SER MULHER E DEPENDENTE QUÍMICA:
adesão ou adaptação ao tratamento?

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Assistente Social à Banca Examinadora do Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília.

Orientadora, Prof^ª Dr^ª Neuza de Farias Araújo

Aprovada em 26 de junho de 2009

BANCA EXAMINADORA

Orientadora, Prof^ª Dr^ª Neuza de Farias Araújo
Universidade de Brasília

Prof^ª Dr^ª Sílvia Cristina Yannoulas
Universidade de Brasília

Daniela Araújo Souza
Assistente Social CAPS ad II/Sobradinho II - SES/DF

Dedico esta conquista aos meus pais, irmãos, irmãs, ao meu
marido e seus pais, e ao meu filho Samuel como forma
de gratidão por estarem sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua eterna misericórdia e infinita bondade que me acompanha em cada momento da minha vida e a Maria mãe de Jesus e nossa, por interceder diante do seu filho por mim, sempre e especialmente durante a realização desse trabalho.

À minha orientadora Prof^a Dra. Neuza de Farias Araújo, por seu conhecimento, incentivo e total disponibilidade para que esse trabalho fosse concluído.

À Prof^a Dr^a Sílvia Cristina Yannoulas e à Assistente Social Daniela Araújo Sousa, pela pronta disposição em participar da banca examinadora dessa monografia.

À todas as profissionais e as pacientes do CAPS ad II de Sobradinho II, que me acolheram e tornam possível a concretização desse trabalho.

Ao meu marido Aristóteles, que com o seu incentivo e compreensão tomou para si as tarefas domésticas para que eu pudesse me dedicar exclusivamente a esse trabalho.

Ao meu filho Samuel, que com a sua força, seus carinhos e orações me fizeram superar os momentos de desânimo.

À todos os meus familiares, que me ajudaram materialmente, emocionalmente e espiritualmente, por acreditarem e me apoiarem em todos os momentos desse processo.

RESUMO

O presente trabalho tem caráter teórico-empírico, realizado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad), no segundo trimestre de 2009, com o objetivo de verificar os fatores que possam estar contribuindo para a não adesão das mulheres ao tratamento para dependência química, com base nos conceitos de gênero e representação social. A pesquisa, utilizando método misto, analisou 121 fichas de acolhimento, que possibilitou levantar os dados quantitativos. Os dados qualitativos foram obtidos de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 06 profissionais que acompanham as mulheres em atividades terapêuticas e 03 pacientes mulheres, que participam do grupo de psicoterapia para mulheres. Os resultados obtidos permitiram identificar nas usuárias a não-apropriação dos seus papéis sociais, enquanto mulher, mãe, trabalhadora, paciente. E os profissionais percebem que o ser mulher dependente química com seus papéis prejudicados, promovem uma precária auto-estima. As conclusões a que chegamos foi que, a mulher dependente química necessita de um olhar diferenciado, precisa ter suas demandas específicas priorizadas para a promoção da auto-estima e reintegração social. E aos profissionais, capacitação teórica para lidar com os aspectos de gênero e as representações sociais inerentes à mulher que procura tratamento, bem como a informação como ferramenta para adquirir seus direitos enquanto mulher cidadã, para ser reinserida na sociedade.

Palavras-chaves: mulher, dependência química, CAPS ad, gênero, representação social.

SUMMARY

The present work, has character theoretician-empiricist, carried through in the scope of the Center of Psicossocial Attention alcohol and other drugs (ad CAPS), in as the trimester of 2009, with the objective to verify the factors that can be contributing for not the adhesion of the women to the treatment for chemical dependence, on the basis of the concepts of sort and social representation. The research, using mixing method, analyzed 121 fichas of shelter, that it made possible to raise the quantitative data. The qualitative data had been gotten of half-structuralized interviews, carried through with 06 professionals who follow the women in therapeutical activities and 03 patient women, who participate of the group of psychotherapy for women. The gotten results had allowed to identify in the users the not-appropriation of its social papers, while woman, mother, worker, patient. E the professionals perceive that the being chemical dependent woman with its wronged papers, promotes a precarious one auto-esteem. The conclusions the one that we arrive was that, the chemical dependent woman needs a differentiated look, she needs to have its prioritized specific demands for the promotion of auto-esteem and social reintegration. E to the professionals, theoretical qualification to deal with the aspects of sort and inherent the social representations to the woman who looks treatment, as well as the information as tool to acquire its rights while woman citizen, to be reinserida in the society.

Word-keys: woman, chemical dependence, ad CAPS, sort, social representation.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação dos CAPS.	20
QUADRO 2 - Estruturação dos CAPS.	22
QUADRO 3 - Classificação das Drogas.	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Drogas consumidas.	31
Tabela 2 -	Idades das mulheres.	32
Tabela 3 -	Como as mulheres chegam até o CAPS ad.	32
Tabela 4 -	Dados sobre a maternidade.	33
Tabela 5 -	Formas de obtenção da droga.	34
Tabela 6 -	Perfil sócio-econômico.	34
Tabela 7 -	Formas de obtenção das drogas e a condição financeira das mulheres.	35

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad II - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CEP/SES-DF – Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

COSAM - Coordenação de Saúde Mental

MCF - Mulher Chefe de Família

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNAD - Política Nacional Antidrogas

SES – Secretaria de Saúde

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias

Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e

Acompanhamento

U.D – Unidade doméstica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	17
1.1 CONJUNTURAS SÓCIO-POLÍTICAS DAS DROGAS.....	18
1.1.1 A Política de Enfrentamento da Questão das Drogas.....	18
1.1.2 A Política Nacional de Saúde Mental.....	19
1.1.3 A Saúde Mental no Distrito Federal.....	21
1.1.4 Centro De Atenção Psicossocial – CAPS.....	21
1.2 GÊNERO.....	25
1.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	27
1.4 METODOLOGIA.....	29
2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ALCANÇADOS.....	31
2.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	31
2.2 DADOS QUALITATIVOS.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	45
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Termo de consentimento para pacientes.....	48
APÊNDICE B - Termo de consentimento para profissionais.....	50
APÊNDICE C - Questionário direcionado para as pacientes do CAPS ad.....	52
APÊNDICE D - Questionário direcionado para os profissionais do CAPS ad.....	53
ANEXOS	
ANEXO A - Ficha de Acolhimento do CAPS ad Sobradinho II.....	54
ANEXO B - Parecer CEP/FEPECS.....	57
ANEXO C – Artigo OBID: TRATAMENTO/Populações específicas/Mulheres.....	58

INTRODUÇÃO

O fenômeno do consumo e uso indevido de drogas vem cada vez mais tomando a atenção dos governantes tanto em nível nacional como internacional. Especialmente nas duas últimas décadas, para responder às demandas trazidas pela problemática das drogas, os governos têm investido em pesquisas, formulação de políticas e um maior diálogo com a sociedade para se estabelecer uma estratégia de enfrentamento à questão das drogas. No caso do Brasil, destacam-se as campanhas midiáticas contra o uso de drogas (lícitas e ilícitas) e as legislações criadas para tratar essa questão, como a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

A partir de um enfoque integral do uso abusivo de drogas, seguido por outras políticas especialmente na área da saúde, tornou-se primordial atender a população usuária ou dependente química. E nesse sentido, surgiram, também nas duas últimas décadas, políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E nesse contexto de preocupação com as drogas e com os paradigmas levantados a partir da reforma psiquiátrica é que surgem os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad).

A pesquisa desenvolvida é justificada pela necessidade de promover maiores debates sobre as demandas das mulheres dependentes químicas dentro da instituição CAPS ad, tendo como foco as relações de gênero e as representações sociais, favorecendo uma postura transformadora no tratamento que é oferecido visando às particularidades do ser mulher e do ser homem, que muitas vezes não são compatíveis ao serem trabalhadas em conjunto.

Enquanto mulher não dependente química o seu papel social se desenvolve entre os estigmas da maternidade, fragilidade, recato, fidelidade, entre tantos outros, mas esse papel se modifica quando a dependência química nas mulheres é percebida pela sociedade, incluindo aqui o seu espaço familiar, que passa a julgá-la como irresponsável, promíscua, amoral, incapaz de cuidar da família e dos filhos. Entende-se por estigma associada ao uso de substância química, segundo dados obtidos no Módulo 1 do SUPERA¹(2009):

¹ SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Curso via internet. Ver site: www.supera.org.br/senad.

como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais [...]. A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas consequências, inclusive o agravamento da situação. (p.26)

Ainda de acordo com o Módulo 1 do SUPERA (2009) “estereótipos seriam características pessoais ou sociais atribuídas a determinadas pessoas ou grupos, antes mesmo de ser realizada uma avaliação mais cuidadosa sobre estas características”. (p.26)

O tema, “A Adesão das Mulheres ao Tratamento em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad” foi motivado pelo estágio curricular 1 e 2 no CAPS ad II de Sobradinho II que favoreceu uma maior aproximação da temática e que me atraiu para a situação vivenciada por mulheres que procuram o tratamento espontaneamente ou indicadas por órgãos públicos, mas que não aderem ao tratamento. Sendo que por esse motivo o CAPS ad II de Sobradinho II foi a instituição escolhida para ser realizada a pesquisa de campo deste trabalho.

As mulheres em tratamento serão denominadas usuárias por consumirem álcool e/ou outras drogas, bem como por estarem inseridas no serviço em questão.

Como forma de compreender o objeto de estudo deste trabalho faz-se necessárias as seguintes distinções: o diagnóstico utilizado para o consumo de álcool e outras drogas, para a distinção do uso, abuso ou dependência com base na classificação internacional das doenças da Organização Mundial de Saúde, a CID 10, não estarão sendo analisadas diante do que se propõe o projeto de pesquisa. Entende-se, neste trabalho, por dependente química a mulher que procura o CAPS ad por ser usuária de qualquer tipo de droga, seja ela lícita (álcool, tabaco, medicamentos, entre outros) ou ilícita (cocaína, heroína, crack, merla, entre outras), e que apresentam sintomas ou critérios diversos que refletem a perda de controle sobre o consumo de drogas.

Os Centros de Atenção Psicossocial são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde. Atualmente, a Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal dispõe de 4 CAPS, sendo 2 CAPS para transtorno mental localizado no Paranoá e Taguatinga e 2 CAPS ad, para tratamento de álcool e outras drogas no Guará II e em Sobradinho II, além do Adolescentro, que oferece tratamento de álcool e drogas apenas para adolescentes.

O CAPS - Centro de Atenção Psicossocial foi criado para se articular com a rede de serviços de saúde e outras redes sociais para atender demandas de inclusão na sociedade devido a transtornos mentais. São responsáveis a cumprir funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, como também na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários (de serviços) que ocorre com a articulação dos recursos existentes em outras redes, como sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. p.12)

A PNAD (2005) oferece as diretrizes de como as campanhas e os programas de prevenção devem estar fundamentadas em “pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura” (p. 05).

No manual do CAPS, percebe-se que não são abordados os procedimentos a serem utilizados no tratamento de drogas e álcool de forma específica para homens e mulheres, não trazendo para essa realidade a discussão sobre gênero, focalizando apenas as estratégias para o tratamento de ação mista.

A questão que proporcionou o interesse nesse estudo foi: O tratamento no CAPS ad que é oferecido para homens e mulheres promove um ambiente propício para serem trabalhadas as particularidades da mulher usuária de drogas? Entendendo como particularidades da mulher: sua auto-estima, seu trabalho, sua condição familiar, social, econômica, seus relacionamentos, sua sexualidade, entre tantas outras que poderiam favorecer uma melhor compreensão e atuação nas relações de gênero no âmbito institucional.

Essa questão conduziu a seguinte pergunta de pesquisa: O tratamento oferecido nos CAPS ad II focaliza as particularidades do universo feminino, favorecendo a adesão das mulheres ao serviço?

A hipótese formulada nesse trabalho é que, em geral, os CAPS ad II não contemplam no tratamento as particularidades do universo feminino no âmbito das relações de gênero, tornando assim um empecilho para a adesão das mulheres ao tratamento. Esta hipótese é explicada pelo alto número de desistências, em que, de um total de 122 mulheres, 99 desistiram do tratamento, dados esse que foram obtidos no CAPS ad de Sobradinho II, em abril de 2009, durante a pesquisa de campo.

A importância de estudar os conceitos de gênero e representação social se dá pelo fato de promover a fundamentação teórica necessária para um melhor entendimento do que é

proposto neste trabalho; para ANDRADE et al.(2002) “tanto as representações sociais, quanto as relações de gênero podem oferecer indícios de como o sujeito interpreta o ambiente à sua volta e qual o significado das relações estabelecidas nesse ambiente” (p.07).

Favorecendo a reflexão, por parte dos responsáveis formuladores de Políticas Públicas, sobre as questões de gênero, envolvendo minorias, nas formulações das políticas sociais, contemplando, assim, um maior número de grupos que atualmente procuram a inserção nos serviços oferecidos por essas políticas em questão.

E contribuir com subsídios para o exercício profissional que favoreçam os interesses dessas usuárias, como forma de promover uma maior integração dessa minoria com a instituição, contribuindo para uma intervenção que promova uma real adesão ao tratamento, tendo em vista a reinserção dessas mulheres na sociedade.

Entende-se aqui, por reinserção social, de acordo com o Módulo 06 do SUPERA (2009) como “o determinante da recuperação integral do paciente e pressupõe a recuperação das perdas e a criação e/ou fortalecimento de uma rede de apoio. É um processo longo, gradativo e dinâmico, pois implica numa revisão de estigmas sociais estabelecidos, no resgate da cidadania e na retomada do “gosto” pela vida” (p.14). O resgate à cidadania surge inicialmente por meio de informações sobre os direitos que lhe são assegurados na sociedade.

Estar de posse dessas informações e os meios pelos quais podem ser exigidos capacitam à paciente se reintegrar à sociedade que em algum momento lhe deixou a margem.

O presente trabalho se configura como teórico-empírico e se estrutura em três capítulos, sendo os dois primeiros de revisão de literatura e o terceiro dedicado à prática da pesquisa de campo.

O primeiro capítulo oferece uma breve fundamentação teórica da conjuntura sócio-política das drogas, perpassando pelas políticas de enfrentamento da questão das drogas em conjunto com a política nacional e distrital de saúde mental até a concretização do CAPS ad II.

O segundo capítulo aborda a perspectiva teórica adotada nessa pesquisa, sobre o conceito de Gênero por Joan Scott e a Representação Social formulada por Serge Moscovici.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada para a pesquisa empírica, que se caracteriza como descritiva-explicativa utilizando-se de métodos mistos, com o intuito de descrever e avaliar se o tratamento promove a adesão das mulheres ao CAPS ad.

As considerações finais abordam os resultados da pesquisa de campo, após a análise de conteúdo, abordando as possíveis estratégias de intervenção, apresentação de suposições que surgiram no decorrer das análises que possam se configurar hipóteses de futuras análises.

1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A pesquisa não tem o intuito de promover um debate intenso sobre a conceituação e tipificação das drogas, sejam elas álcool, droga ou qualquer substância que cause dependência e transtornos biopsicossociais, consideradas lícitas ou ilícitas, mas para nos situarmos melhor sobre o fenômeno das drogas no universo feminino aqui em questão, alguns dados do seu contexto histórico serão apresentados.

A abordagem teórica dessa pesquisa foi feita apenas com o intuito de promover um olhar sobre as categorias de gênero e representação social que se integram no processo que se inicia com a busca das mulheres pelo tratamento. De forma particular serão analisados dois momentos específicos de observações feitas na nossa pesquisa:

- **Acolhimento:** corresponde o primeiro contato da usuária do serviço com a instituição, no qual é preenchida uma ficha de acolhimento padrão tanto para as mulheres como para os homens (ver ANEXO A). É também um momento para o reacolhimento da paciente que havia abandonado o tratamento com o objetivo de reafirmar as responsabilidades diante do tratamento reassumido.
- **Grupo de acolhimento:** Este grupo, no período da pesquisa de campo, continuava sendo dirigido pelo assistente social e psicóloga e tem o objetivo de acolher os pacientes, sejam eles homens e/ou mulheres, que estão iniciando o tratamento e os que estão sendo reintegrados após uma recaída; o grupo é conduzido a socializar suas experiências enquanto usuário e suas expectativas quanto ao tratamento. É o momento de passar informações sobre os procedimentos utilizados no tratamento, apresentar a equipe interdisciplinar responsável pelo CAPS ad II e deixar claro os direitos e deveres das partes envolvidas – paciente e instituição. Atualmente os pacientes precisam comparecer ao grupo até que se apresente em todas as avaliações (social, psicológica, psiquiátrica e médica) e só então é estabelecido um plano terapêutico que indique sua participação em outra atividade terapêutica.

Esses dois momentos se mostram decisivos para a adesão das mulheres ao tratamento e por isso de extrema importância para serem trabalhados nesta pesquisa.

1.1 CONJUNTURAS SÓCIO-POLÍTICAS DAS DROGAS

O consumo de drogas não é um fenômeno recente e seu uso fez parte de diversas sociedades que a utilizaram de forma diferente, quer seja na medicina, ciência, cultos religiosos e de magia, bem como em festas, dependendo da cultura na qual a droga predominava.

Uma breve explanação sobre as Políticas Públicas que foram favoráveis para o programa de combate a dependência química, para conhecer o caminho percorrido, possibilitando uma melhor compreensão dos objetivos a serem alcançados.

1.1.1. A Política de Enfrentamento da Questão das Drogas

Compondo as estratégias brasileiras para o enfrentamento da questão das drogas, o Estado brasileiro lançou em 2001 a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Tem como objetivo principal a construção de uma sociedade livre das drogas através da redução da demanda e oferta. Para tal, traz ações integradas nas áreas de educação, saúde e segurança. Além disso, parte do pressuposto da “responsabilidade compartilhada”, que se resumiria na união dos esforços do estado e da sociedade, no que se refere ao problema das drogas, antevendo assim a municipalização das atividades, com o objetivo de ramificar ao máximo as ações previstas pela política.

Uma das linhas de frente da Política Nacional Antidrogas é o trabalho pela redução da demanda por drogas. Neste sentido, a PNAD considera como ações para redução da demanda a prevenção, o tratamento, a recuperação, a reinserção social e a redução de danos. Segundo a PNAD, essas ações devem estar pautadas no enfoque dos “determinantes de saúde”, que de uma forma geral abrangem o aspecto social, biológico e psicológico no tocante ao uso de drogas. (PNAD, 2001, p. 11)

No intuito de superar um modelo punitivo e excludente da dependência química, a Política Nacional Antidrogas traz ainda nos seus pressupostos a diferenciação entre usuários ou dependentes químicos e traficantes de drogas. Ao descriminalizar a dependência química, a PNAD prevê então que esses indivíduos tenham acesso a tratamento adequado. Para viabilizar o dito tratamento, a PNAD tem como um de seus objetivos:

Implementar rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento de dependentes e abusadores. (PNAD, 2001, p. 13)

E é exatamente na conformação dessa rede sócio-assistencial, que os profissionais da área da saúde são chamados a atuar.

1.1.2. A Política Nacional de Saúde Mental

Quando o Sistema Único de Saúde foi criado por meio da Constituição de 1988, estabeleceram-se condições institucionais para a implementação de novas políticas públicas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Desta forma, em conjunto com as experiências obtidas por meio da reforma da assistência psiquiátrica no ocidente e a Carta de Caracas (1990) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) fazia a seguinte declaração:

A Declaração de Caracas considerou que a melhora da atenção era possível por meio da superação do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico e sua substituição por dispositivos comunitários de atenção, e por ações de defesa dos direitos humanos e inclusão social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Foi definida pelo Ministério da Saúde uma política de saúde mental que redirecionou os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária e incentivou a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública de base territorial, ao mesmo tempo em que se determinou a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da saúde).

A reforma psiquiátrica foi uma conquista da luta social e está amparada pela Lei 10.216/2001 e favoreceu uma ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. De uma forma concreta, a mudança ocorreu no modelo de tratamento: o isolamento deu lugar ao convívio na família e na comunidade.

O atendimento é realizado por meio dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. E quando as internações são necessárias, ocorrem em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas,

desta forma os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da saúde).

Os CAPS são classificados por número de habitantes e características de usuários, conforme apresentado no quadro abaixo:

QUADRO 1 – Classificação dos CAPS

Tipos	Usuários	Funcionamento dos CAPS
CAPS I	Para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.
CAPS II	Para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
CAPS III	Atendimento diário e noturno de adultos, nos sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPSi	Para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS ad	Para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas	Municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. Possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento para desintoxicação.

Em outubro de 2007, segundo o portal da saúde, existem no Brasil 1.136 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.1.3. A Saúde Mental no Distrito Federal

A Política de Saúde Mental está sob a gestão da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), que é responsável pela elaboração de projetos de implantação, gerenciamento, supervisão e treinamento dos profissionais dos serviços especializados em saúde mental no Distrito Federal e está subordinada diretamente ao Subsecretário de Assistência à Saúde.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

No Distrito Federal a oferta de serviços descentralizados da rede de saúde mental ainda é pequena, em relação a sua demanda. Quando desativados os serviços privados, devido à identificação de maus tratos e condições precárias de funcionamento, os serviços substitutivos, que foram implementados em Brasília e nas cidades satélites ainda são poucos para a demanda que existe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Atualmente a Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal dispõe de CAPS em Taguatinga, Paranoá e CAPS-ad II, em Sobradinho II e no Guará II, um Adolescente – com tratamento específico para adolescentes usuários de álcool e drogas, além do CAPSi – tratamento de transtornos mentais em crianças.

1.1.4. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS e por isso visa um tratamento de acesso universal, público e gratuito por ser um serviço de saúde aberto e comunitário.

O CAPS foi criado para se articular com a rede de serviços de saúde e outras redes sociais, com o objetivo de atender demandas de inclusão dos que são excluídos da sociedade, devido a transtornos mentais. São responsáveis por cumprir funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, como também na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, que ocorre com a articulação dos recursos existentes em outras

redes, como sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. P.12)

Dentro do novo paradigma da Política de Saúde Mental, o CAPS adota serviços diários de cuidados clínicos e atividades de reinclusão social, que visam substituir as internações hospitalares.

O papel estratégico do CAPS na organização da rede comunitária de cuidados é direcionar as políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, receitando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo um apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família quando se trata de cuidado domiciliar. (ibid, p.12)

A equipe de profissionais do CAPS é multidisciplinar para prestar atendimento integrado ao paciente; de uma forma geral os CAPS são estruturados da seguinte forma:

QUADRO 2 – Estrutura dos CAPS

Profissionais	Estrutura física	Quem é atendido	Tipos de atendimento
Clínica Geral, Psiquiatras, Psicólogos, Farmacêuticos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem.	Consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes.	Os que são encaminhados por qualquer serviço de saúde ou outro órgão e por vontade própria.	1. Atendimento intensivo: diário. 2. Atendimento semi-intensivo: até 12 dias no mês. 3. Atendimento não-intensivo: até três dias no mês. As atividades e projeto terapêutico variam de acordo com a estrutura técnica de cada CAPS.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004)

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas II (CAPS-ad II) de Sobradinho II é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e é composto por uma gerente administrativa, um psiquiatra, um clínico geral, uma farmacêutica, duas psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e duas auxiliares administrativas. Funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, e atende pacientes acima de 18 anos com problemas de transtornos mentais ligados ao uso de álcool e drogas. Como parte do tratamento os pacientes recebem medicamentos, além de participar de oficinas terapêuticas e avaliações constantes pela equipe multiprofissional.

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) em um artigo que fala do tratamento direcionado para as mulheres dependentes de álcool e/ou outras drogas, reconhece que o tratamento, de uma forma geral, foi direcionado para os homens e que só houve uma adaptação para receber a demanda feminina e que, ainda, tem poucos estudos sobre a dependência química feminina.

Ainda neste artigo, o OBID cita alguns aspectos fundamentais para adaptar o tratamento para as mulheres e ressalta ainda mais a importância desse trabalho em estar socializando as necessidades específicas das mulheres, enquanto usuárias de tratamento para dependência química. (ver ANEXO C)

Devido a essa extensa possibilidade de abordar o fenômeno da droga, me deterei apenas de forma breve sobre sua origem, sua classificação, efeitos, sua evolução nos tempos de hoje e a inserção da mulher nesse contexto.

De acordo com dados obtidos no Módulo 5 do SUPERA (2009) “conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) são consideradas substâncias psicoativas todas as substâncias de origem natural ou sintética, incluindo álcool, que uma vez utilizadas, provocam algum tipo de modificação no organismo” (p.31).

As drogas são classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras; a utilização da tabela é para melhor visualizar alguns dados referentes às drogas de preferência do grupo de mulheres em questão:

QUADRO 3 – Classificação das Drogas

Classificação	Definição	Tipos de substâncias
Depressoras	Tornam mais lento o funcionamento do sistema nervoso central (SNC).	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepínico (sedativos: lexotam, diazepam, rivotril, fluoxetina, rupinol); • Solvente ou Inalante (tinner, loló, lança-perfume); • Opiáceos (heroína).
Estimulantes	Estão mais associadas a problemas físicos, mentais e sociais. Provocam aceleração do funcionamento mental e modificam o comportamento, provocando agitação, excitação, insônia entre outros.	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína (merla, crack); • Anfetaminas; • Nicotina².
Perturbadoras	São plantas e substâncias que quando ingeridas produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro (delírios, alucinações e alterações na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço).	<ul style="list-style-type: none"> • LSD; • Maconha; • Ecstasy; • Outros.
Álcool	É responsável por um grande número de doenças, sendo associado a acidentes e episódios de violência; causa dependência e é uma droga lícita.	<ul style="list-style-type: none"> • O álcool isolado ou associado a certas substâncias pode se tornar depressor, estimulante ou perturbador.

Fonte: Apostila SUPERA (2009).

Para efeito do que se propõe esta pesquisa não será abordado mais aprofundadamente este tema específico da droga, tendo em vista que, o que já foi apresentado, já oferece um entendimento sobre a dependência química das mulheres em questão.

² A nicotina, presente no tabaco, não será analisada neste trabalho, visto que, apenas no período da pesquisa de campo é que estava sendo implantado o programa antitabagismo.

1.2 GÊNERO

Estudar a categoria gênero é ir além de um termo usado para diferenciar o sexo feminino e masculino, mas introduzi-lo em um contexto bem mais amplo que permite compreender o ser homem e o ser mulher enquanto inseridos em um processo histórico, social, cultural e econômico, promovendo uma maior visibilidade às particularidades e necessidades de ambos.

O desenvolvimento da teoria do conceito de gênero traz a noção de gênero como categoria social e se refere a relações sociais do ponto de vista das relações de poder e subordinação que se estabelecem entre homens e mulheres, a partir das elaborações culturais sobre o que se supõe que seja homem e mulher.

Essas relações de poder subentendem-se a dominação por parte dos homens e a subordinação das mulheres, que são forçadas e reforçadas por meio dos aspectos culturais. Desde então, teorias sobre o conceito de gênero têm reforçado cada vez mais que as relações sociais são determinadas pelas relações de gênero.

O Tratado de Amsterdã, que ocorreu em 1999 favoreceu uma maior discussão sobre transversalidade de gênero que ecoou entre os países em desenvolvimento e que, segundo Bandeira (2005) tem como objetivo a eliminação de toda forma de desigualdade entre os sexos nas políticas sociais de emprego, da educação, entre outras. (p. 11)

Joan Scott segue a linha de um novo paradigma que foi se construindo a partir de meados do século XX. Esse novo paradigma se configura no pós-estruturalismo ou pós-moderno que segundo afirma SILVA (2004) “realçam a subjetividade dos sujeitos e da linguagem; a impossibilidade da neutralidade científica; a importância dos estudos qualitativos e dos fenômenos particulares e negam as leis gerais de explicação dos fenômenos, apontam para a instabilidade dos conceitos e categorias etc.” (p.02)

No desenvolvimento da teoria do conceito de gênero observa-se que a noção de gênero como categoria social se refere a relações sociais do ponto de vista das relações de poder e subordinação que se estabelecem entre homens e mulheres, a partir das elaborações culturais sobre o que se supõe que seja homem e mulher.

Essa afirmação também é percebida na fala de FISCHER, MARQUES (2001), quando afirmam que “as relações entre homens e mulheres, ao longo dos séculos, mantêm caráter excludente. São assimiladas de forma bipolarizada, sendo designada à mulher a

condição de inferior, que tem sido reproduzida pela maioria dos formadores de opinião e dos que ocupam as esferas de poder na sociedade”. (p.02)

O que poderia dissipar essa condição inferior da mulher seriam ações afirmativas que, para Scott (2005), somente “os aspectos paradoxais da ação afirmativa poderiam ser tomados de forma positiva como um esforço para equilibrar interesses contrários: de direitos e de necessidades; de indivíduos, grupos e do bem coletivo da nação” (p.09). A saúde mental apresenta um grande espaço onde é possível e extremamente necessário pensar a transversalidade de gênero, por meio dessa ação afirmativa. Não é possível pensar a igualdade de gênero numa perspectiva de que todos são iguais e que homens e mulheres não apresentam necessidades específicas próprias de cada universo.

Scott (1989) utiliza o “termo gênero para explicar as relações de poder que existem nas relações entre mulheres e homens, que foram construídas ao longo da história e que ainda estão presentes nos nossos dias. As relações de gênero são construídas e mantidas na sociedade por meio de símbolos, normas e valores, instituições e a subjetividade que abrange a cultura e costumes de uma sociedade que são repassados de geração em geração. Ao longo da história sofreram modificações ou são reafirmados como forma de manter as relações de poder” (p.05).

Essas relações de poder, no contexto de gênero, subentendem-se a dominação por parte dos homens e organizações sociais, e a subordinação das mulheres que são forçadas e reforçadas por meio das representações sociais.

Pretendo analisar gênero através de uma descrição sistemática do papel e relação que a mulher vivencia no âmbito social, familiar e institucional, e como essa ação tem se expressado na adesão ao tratamento oferecido no CAPS ad. Neste trabalho optamos por uma inspiração no conceito utilizado por Scott para análise das questões de gênero.

1.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As Representações Sociais que está sendo abordada vem de Serge Moscovici, psicólogo social, que resgatou da sociologia de Émile Durkheim tal conceito e que, atualmente, está sendo utilizado em várias áreas do conhecimento, para dar conta de fenômenos inerentes as relações sociais.

Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Representações obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu. (MOSCOVICI, 2003, p. 41).

As Representações Sociais vêm auxiliar na compreensão da construção e articulação da mulher inserida no tratamento da dependência química em seu contexto sócio-histórico e suas inter-relações com a família, a instituição na qual está inserida e com os homens usuários de drogas em tratamento no mesmo espaço físico. Permitindo conhecer as trocas simbólicas que são desenvolvidas nessas relações e que são inerentes à cultura de cada um dos sujeitos.

Em outras palavras, representações sociais determinam tanto o caráter do estímulo, como a resposta que ele incita, assim como, em uma situação particular, eles determinam quem é quem. Conhecê-los e explicar o que eles são e o que significam é o primeiro passo em toda a análise de uma situação ou de uma relação social e constitui-se em um meio de prever a evolução das interações grupais, por exemplo. (Ibid., p.100)

Foi resgatado na Sociologia o significado de alguns desses sistemas que integram as representações sociais (símbolos, normas e valores) por se adequarem ao propósito desta pesquisa e analisaremos como essas representações são construídas e percebidas pelas mulheres em tratamento no CAPS ad atualmente, visto que as representações sociais possuem uma característica de renovação constante, devido ao seu conteúdo social.

Símbolos: são representações materiais ou espirituais que adquirem significados especiais para o grupo, nele despertando sentimentos, atos ou atitudes. Para Gurvitch (1953) citado em Torre (1977) funciona como cimento social [...] para garantir a coesão e manter as normas. (p.122) Segundo BOUDON et al. (1990) em Dicionário de Sociologia, os símbolos “traduzem a adesão de uma comunidade a valores que a especificam.”(p.196)

Nas relações de gênero, os símbolos servem para determinar como os homens e as mulheres se apresentam diante da sociedade na qual pertencem e se transformam na medida em que ocorrem as mudanças sociais. Neste trabalho, os símbolos serão analisados por meio do perfil sócio-histórico das mulheres que procuram o tratamento para dependência química e suas atitudes favoráveis ou não em relação à adesão ao tratamento.

Normas e Valores: Segundo BOUDON et al. (1990, p. 156) “o fenômeno normativo deve igualmente ser referido a códigos morais inerentes a práticas particulares” elas “estabelecem regras de ação que controlam e norteiam os comportamentos sociais” (TORRE, 1977, p. 118). “Os valores variam no tempo e no espaço e o critério utilizado é de acordo com as ideologias, mitos, crenças, organização e funcionamento da sociedade que os estabelece (ibid., p.122). “São a expressão de princípios gerais, de orientações fundamentais e primeiramente de preferências e crenças coletivas” Segundo BOUDON et al. (1990, p.220)

As normas e valores de uma sociedade diferenciam as pessoas e suas ações, separando o que pertence ao homem e o que pertence à mulher, delimitando o que se pode ou não fazer. Será analisado dentro de um contexto organizacional instituição/sujeito, os critérios de normas e valores estabelecidos pela instituição CAPS ad para delimitar o tratamento oferecido a homens e mulheres em suas necessidades específicas.

No âmbito do Serviço Social enquanto profissão, qualquer que seja a área de atuação - pesquisa, planejamento, intervenção ou avaliação - BOURGUIGNON (2001) pontua que:

O estudo das Representações Sociais apresenta possibilidades de investigar um mundo permeado de “sinais”, de “símbolos” e de “linguagens” que expressam diferentes formas de interpretar uma mesma realidade. Podem, principalmente, revelar como os “sujeitos” se apropriam de sua própria realidade, dando pistas aos pesquisadores sobre a natureza das relações sociais. É importante apreender o pensamento dos sujeitos, dos grupos sociais e das coletividades sobre os objetos de sua intervenção e de suas relações, pois as Representações Sociais têm desempenhado função importante na comunicação entre eles e na formação de opiniões, de comportamentos, de atitudes frente às exigências da realidade. (p.86)

Dessa forma, a representação social é utilizada pela sociedade para construir, manter ou modificar as relações sociais de gênero. De forma particular para os interesses dessa pesquisa, fornecem subsídios para entender a mulher enquanto usuária em tratamento e promover um melhor entendimento sobre a sua condição de subordinação nas relações de gênero, bem como favorecer a sua emancipação enquanto mulher e promover uma maior visibilidade às suas necessidades e interesses.

1.4 METODOLOGIA

Essa pesquisa é de caráter descritivo-explicativo e utiliza-se de abordagens quantitativa e qualitativa como forma de aprofundar questões de natureza subjetiva; é composta por dois métodos de coleta de dados: inicialmente foi realizada a análise dos 121 prontuários e posteriormente entrevista semi-estruturada com pacientes e profissionais.

Dados referentes ao mês de abril/2009 apresentam um total de 760 pacientes em tratamento no CAPS ad II de Sobradinho II, sendo desse total 121 mulheres - atualmente são 22 em tratamento e 99 suspensas (suspensas são as que não aderem ao tratamento). O CAPS ad é composto por 13 profissionais (1 gerente administrativa, 1 médico, 1 psiquiatra, 1 assistente social, 1 farmacêutica, 2 psicólogas, 1 enfermeira, 3 técnicas de enfermagem, 2 auxiliares administrativa).

Na análise dos prontuários tivemos como finalidade a montagem do perfil sócio-histórico das mulheres que deram entrada no CAPS ad em busca de tratamento por meio dos seguintes dados: data de acolhimento no serviço; data de suspensão do tratamento quando for o caso; histórico de uso e tipo de dependência; faixa etária das pacientes; situação financeira; como adquire a droga de sua preferência; como chegou ao CAPS ad (demanda própria ou encaminhamento por outros órgãos).

A entrevista semi-estruturada, segundo GASKELL (2004) “fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação” (p.65) e tem como “objetivo uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (ibid, 65). Todas as entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde do CAPS ad, com uma duração média de vinte minutos.

Responderam ao questionário 06 profissionais e 03 pacientes. (Atualmente houve uma baixa na presença das mulheres ao grupo de psicoterapia que antes era composta por 10 participantes, mas após ser transferido o grupo do horário da tarde (das 15:00 às 16:30) para o turno da manhã (das 10:00 às 11:30) apresentou uma queda considerável no quesito presença). Foi feito uso de gravador, com consentimento, para que as respostas fossem aproveitadas com maior precisão no momento da análise qualitativa. (ver APÊNDICE C e D)

Critérios de inclusão para a entrevista: as 06 profissionais que interagem diretamente com as pacientes em atividades terapêuticas (atividades que as pacientes exercem durante o tratamento, sob a responsabilidade de um profissional) e as pacientes que aceitaram participar da pesquisa e que participam do grupo de mulheres (por já terem um plano terapêutico).

Critérios de exclusão para a entrevista: foram excluídos da entrevista os profissionais que não interagem com as pacientes nas atividades terapêuticas.

Foram excluídas do questionário as pacientes que ainda não tem plano terapêutico, e as que não fazem parte do grupo de mulheres por resolução da equipe.

Foram excluídos os pacientes do sexo masculino por entender que esta pesquisa não abordará suas particularidades dentro do contexto que se propõe esta pesquisa.

Esse trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES-DF. (ver ANEXO B) Como forma de observar os requisitos propostos por uma pesquisa formal e que visa os direitos resguardados aos participantes da pesquisa.

Os cuidados éticos da pesquisa foram adotados por meio de pedidos de consentimento por escrito, ao iniciar as entrevistas, e foram gravadas com consentimento, em consonância com a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96). Promovendo o sigilo do sujeito pesquisado, sua proteção nos seus direitos de recusar a responder as perguntas que ocasionassem constrangimento, deixando de participar da pesquisa sem precisar apresentar justificativas e ser informado dos resultados obtidos. A devolução dos resultados será por meio de trabalho acadêmico - monografia.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ALCANÇADOS

Os dados alcançados fazem referência às 121 usuárias mulheres que deram entrada no CAPS ad II de Sobradinho II, levando-se em consideração que:

- 22 mulheres se encontram atualmente em tratamento, por participarem das atividades propostas pelo plano terapêutico e por se apresentarem às consultas marcadas para avaliação individual.
- 99 mulheres se encontram atualmente suspensas do tratamento por não participarem das atividades do plano terapêutico e/ou faltar às consultas individuais para avaliação, sejam elas: clínica médica, assistência social, psicologia e psiquiatria.

2.1 DADOS QUANTITATIVOS

Inicialmente serão apresentados os dados coletados nos prontuários das usuárias do serviço, que tem como finalidade obter um perfil sócio-histórico dessas pacientes.

Na tabela 1 é feita uma avaliação para saber quais as drogas consumidas pelas mulheres em tratamento.

Tabela 1

Drogas consumidas

Drogas usadas	Em tratamento	Suspensas	Total
Faz uso somente de álcool.	15	50	65
Faz uso de 1 ou + drogas com/ou sem álcool.	05	41	46
Faz uso de medicamentos com/ou sem álcool.	02	08	10

Observa-se, na tabela 1, de acordo com os dados estatísticos, que o álcool representa a droga de maior predileção entre as mulheres e por isso a de maior dificuldade em se combater, tendo em vista o fato de ser uma droga lícita e muito utilizada para favorecer a socialização nos grupos que se pertence ou que quer se inserir.

A segunda tabela tem em vista favorecer um olhar para a faixa etária das mulheres que estão sendo pesquisadas.

Tabela 2
Idades das mulheres

Idade	Em tratamento	Suspensas
18 a 29	01	22
30 a 39	05	25
40 a 49	06	31
50 a 59	05	15
60 ou mais	05	03
Sem registro	-	03

Observa-se na tabela 2, de acordo com os dados estatísticos, que as mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos são as que, proporcionalmente, menos permanecem em tratamento. Entre os motivos podemos apontar questões relacionadas, por exemplo, à menopausa, causando interferências físicas e emocionais muitas vezes não perceptíveis.

A terceira tabela tem o objetivo de especificar como as mulheres chegam até o CAPS ad.

Tabela 3
Como as mulheres chegam até o CAPS ad

Usuárias	Demanda espontânea	SES/DF	Conselho tutelar	TJDFT	SE/DF	Sem registro	Outros
Em tratamento	12	07	03	-	-	-	-
Suspensas	47	25	16	04	01	02	04

Observa-se, na tabela 3, com base nos dados estatísticos, que a procura espontânea das mulheres por tratamento é muito grande e nos faz questionar mais uma vez sobre as

dificuldades encontradas por elas para aderir ao tratamento e as que melhor poderiam responder seriam as mulheres que estão suspensas mas, que, devido ao pouco tempo para realizar esta pesquisa, não foi possível abordá-las.

Vale ressaltar, também, que o abandono ao tratamento não significa dizer que o mesmo fracassou, mas é necessário levar em conta que as recaídas seguidas de retorno configuram muitas vezes uma maior conscientização da dependência, até que consiga se inserir ao tratamento de forma mais regular.

A quarta tabela mostra dados sobre a maternidade. Tendo em vista o número de filhos que estão sob a responsabilidade de mães dependentes químicas, não estamos levando em conta aqueles que estão sob a guarda de parentes, em abrigos do governo e que já são maiores de idade.

Tabela 4
Dados sobre a maternidade

Usuárias	Sem filho	1 filho	2 ou + filhos	Sem registro
Em tratamento	02	03	11	06
Suspensas	01	10	39	49

Observa-se na tabela 4 de acordo com os dados estatísticos, que, o maior número de filhos está entre as mulheres suspensas. Relacionando esses dados com as informações obtidas sobre o estado civil foi possível notar que, das 46 usuárias que se intitulam solteiras, 26 delas têm filhos, e entre essas, apenas 06 se encontram em tratamento. A desinformação aparente sobre uso de contraceptivos clama por uma intervenção seja dentro da instituição, seja por vias de encaminhamento para órgãos ou redes assistenciais que trabalhem temas relacionado aos direitos da mulher, entre eles, controle de natalidade, bem como os seus direitos legais enquanto “mãe solteira”.

A quinta tabela tem o objetivo de quantificar as formas de obtenção das drogas pelas mulheres dependentes químicas.

Tabela 5

Formas de obtenção da droga

Usuárias	Compra	Ganha	Compra ou ganha	Outros	Sem registro
Em tratamento	11	02	04	-	05
Suspensas	48	10	13	08	20

Observa-se, na tabela 5, de acordo com os dados estatísticos que, 59 mulheres afirmam comprar a droga, sendo que apenas 11 estão em tratamento. Esses dados nos fazem supor que quanto mais “estável” financeiramente, maior dificuldade em aderir ao tratamento.

Na sexta tabela tem o objetivo de levantar o perfil sócio-econômico das mulheres em questão.

Tabela 6

Perfil sócio-econômico

Usuárias	Emprego formal/ informal/aposentadoria	Desempregada	Do lar/ estudante	Sem registro
Em tratamento	11	1	10	—
Suspensas	42	15	39	03

Observa-se, na tabela 6, de acordo com os dados estatísticos que, seus dados vem confirmar os dados da tabela 5 bem como a nossa suposição que ter uma renda, seja por quais meios, a adesão ao tratamento é mais complicado. Ao reunir o emprego formal, informal e aposentadoria em apenas uma coluna tem o intuito apenas de demonstrar que apresentam alguma condição financeira para comprar a droga. Foi possível notar nas entrevistas com as paciente, que mesmo as que se intitulam “do lar” adquirem ajuda financeira por meio de auxílio-saúde concedido aos filhos, por meio de aluguel de imóvel e ajuda do marido.

Não temos a intenção nesta pesquisa de mostrar as características do emprego formal e informal entre as usuárias, mas refletir sobre o termo que ARAÚJO (2006) utiliza para definir a mulher chefe de família - MCF que é “a mulher responsável pela manutenção econômica da unidade doméstica (U.D.) e sobre a qual pesa a responsabilidade de sobrevivência das pessoas sob o seu encargo [...]” (p.22)

Vale ressaltar, ainda que, para ARAÚJO (2006) “Por unidade doméstica (U.D.) se entende uma ou várias pessoas habitando sob o mesmo teto e utilizando a mesma infraestrutura doméstica, ligados por laços conjugais, sanguíneos ou outros”. (p. 21-22)

A sétima tabela une dados da tabela 5 e 6 com o objetivo de melhor visualizar as formas de obtenção das drogas e a condição financeira das mulheres em tratamento e as que estão suspensas.

Tabela 7

Formas de obtenção das drogas e a condição financeira das mulheres

Usuárias	Em tratamento	Suspensas
Desempregada, do lar e estudante	11	54
Que compra a droga	06	23
Que compra ou ganha a droga	02	10
Que apenas ganha a droga	01	09

Observa-se, na tabela 7, de acordo com os dados estatísticos, que se reflete uma situação antagônica, visto que as usuárias que se dizem sem condição financeira para obter a droga, afirmam comprá-la, fator que também não é indagado no decorrer das avaliações e que poderia ajudar a analisar como essas mulheres se posicionam no mercado de trabalho e o que elas consideram como sendo trabalho ou não, bem como saber quem pode estar financiando a compra.

As tabelas 5, 6 e 7 já oferecem material suficiente para iniciar uma intervenção entre as mulheres, visando o seu papel no mercado de trabalho, o seu papel enquanto mulher chefe de família e sua relação com as drogas. Muitos desses dados poderiam ser levantados ainda no acolhimento e já dariam um direcionamento de como intervir no tratamento dessas mulheres, seja por meio de informações relacionadas ao mercado de trabalho, indicações

terapêuticas, possíveis encaminhamentos para a rede assistencial e até mesmo organização no quesito horário das atividades instituídas pela equipe do CAPS ad. Podendo favorecer, assim, uma maior adesão dessas usuárias ao tratamento, tendo em vista que suas necessidades específicas estarão sendo colocadas em um primeiro plano.

Nessa pesquisa, o termo “MCF” foi apresentado apenas como uma das várias características que podem fazer parte da vida de uma mulher dependente química, devido o curto tempo para a sua investigação. Mas como recomendação, deve ser percebida em pesquisas futuras como uma categoria de análise importante, pois se configura uma prática comum entre as mulheres em que muitas são responsáveis pelo sustento econômico do lar, mas não incorporam o seu direito de mandar em casa, ou como ARAÚJO (2006) afirma no título da sua pesquisa: “SUSTENTA, MAS NÃO MANDA:...” (p.15)

E para a mulher dependente química em tratamento, acredito ser de fundamental importância que possa ser valorizado o seu status de chefe de família “de fato” que, para ARAÚJO (2006) é quando “a mulher é responsável pela manutenção econômica da unidade doméstica (U.D.); parceiro ou cônjuge masculino ausente ou presente” (p. 24) como forma de elevar sua auto-estima enquanto mulher que trabalha, que sustenta e que manda, sendo esse um dos fatores importantes para concretizar sua reinserção na sociedade com autonomia e alto-estima presente.

2.2 DADOS QUALITATIVOS

Conforme anunciado na metodologia, os critérios de inclusão para a entrevista são as profissionais que interagem diretamente com as pacientes em atividades terapêuticas e as pacientes que participam do grupo de mulheres. Dessa forma foram contempladas as 06 profissionais e, inicialmente, tinha-se em vista 05 entrevistas agendadas com as usuárias em tratamento, mas 02 desistiram.

A primeira afirmou que “não tinha nada para falar sobre o tratamento, porque ele era muito bom e não tinha do que reclamar” e a segunda, quando agendou a pesquisa mostrou-se muito interessada em participar, mas na data marcada, apresentava-se triste, retraída e afirmou que “não estava com vontade de conversar”.

Em ambos os casos é possível perceber que a instabilidade emocional dessas mulheres está muito presente no seu cotidiano, o que dificulta muitas vezes a realização de uma

atividade pré-definida, sendo necessário, muitas vezes, recuar e se adequar as necessidades específicas da mulher nessas circunstâncias.

Por conta dessas duas desistências foram entrevistadas apenas 03 pacientes que fazem parte do grupo de mulheres, lembrando que 10 usuárias fazem parte desse grupo, mas devido à mudança de horário, houve uma queda considerável no comparecimento ao grupo em questão, como já havia sido informado. Mas acredita-se que a pesquisa qualitativa não ficou prejudicada, tendo em vista que segundo GASKELL (2004) “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”. (p.68)

A droga de preferência das pacientes entrevistadas é o álcool, o período em tratamento varia em torno de um a dois anos, e com base na análise de conteúdo das entrevistas que foram realizadas, pode-se chegar aos seguintes dados:

As dificuldades que as pacientes encontram para dar início ao tratamento vai desde a mudança de endereço, falta de dinheiro para o transporte, bem como questão relacionada à própria dependência, como a recaída que, quando ocorre, favorece à evasão do tratamento por motivos diversos, como é possível observar na fala de uma das entrevistadas:

“Quando eu começava a beber, parava com os remédios e aí eu só paro de beber quando meu corpo não consegue mais agüentar.”(Entrev.c)

Quando questionadas como se viam com suas qualidades e defeitos enquanto mãe, mulher, esposa, trabalhadora e paciente, poucas conseguiram traduzir em palavras os papéis que representam, remetendo-se mais ao passado, falando de suas agressividades, falta de cuidados com os filhos, quando sob o efeito de substância química. De qualidades foram citados o trabalho, como meio para sustentar os filhos, e também, constituir família, como tentativa para superar o vício.

Esta mesma dificuldade foi observada quando responderam sobre o que elas achavam que os outros pensavam delas. Dos profissionais do CAPS ad, em vários momentos, afirmaram ser bem tratadas e que não tinham o que falar. Sobre a posição da família, afirmaram que têm o apoio necessário para o tratamento. Mas quando citaram o que a sociedade, de um modo geral, pensava delas, foram mais específicas sobre os comentários de amigas e vizinhas: “que tinha enricado por não ter mais aparecido” (tom de deboche) ou “que não entendem e pensam que é semvergonhice”, “chamando a gente de cachaceira”.

Essa dificuldade que as mulheres apresentam de traduzir em palavras como elas se vêem e como os outros a percebem, faz com que compreendamos a desapropriação da sua condição do que é ser mulher em seus diversos papéis, que a sociedade exige em sua representação social.

Algumas profissionais, em suas falas, definiram as mulheres dependentes químicas assim:

“... boa parte são mães solteiras ou viúvas e enfim que elas têm toda uma carga de responsabilidades que geralmente uma mulher tem, mas que tem a questão da dependência, que essa fica mais acentuada; quando ela tá sozinha parece que a coisa da dependência química é bem mais forte; eu acho o preconceito bem maior, aí o preconceito às vezes parte dela, também, no sentido de assumir, procurar ajuda...” (Entrev.1)

“... Sempre muito queixosa, muitas queixas relacionado à saúde, se queixam muito de solidão principalmente as de mais idade, quando os filhos saem de casa, o abandono do marido, tudo isso tá ligado muitas vezes ao consumo de álcool e outras drogas...” (Entrev.2)

“Ela é mais discriminada, mais fragilizada.” (Entrev.3)

E sobre as características das mulheres em tratamento enquanto mulher, mãe, esposa, trabalhadora e paciente, de um modo geral, afirmam que são papéis que ficam muito prejudicados devido a dependência, gerando pouca auto-estima, dificuldades em lidar com frustrações, não dá conta de algumas responsabilidades, como é mostrado na fala de algumas profissionais:

“... a mulher sempre aparece com esses papéis muito marcados. O papel de mãe aparece muito forte, a questão de estar conciliando tanto esse papel de mulher dentro de casa como a mulher fora de casa, trabalhadora e que tem que dar conta tanto do serviço como da família, uma cuidadora e que se esquece do seu próprio cuidado...” (Entrev.2)

“... a cobrança é maior, existe toda uma desestruturação desses papéis, é uma pessoa adoecida que está cuidando de um lar e que elas não dão conta dessa responsabilidade toda, a auto-estima é muito baixa...por que normalmente, em geral, hoje em dia elas é que respondem por aquele lar, por aquela manutenção, por aquele filho, aí tem aquele irmão, aquela mãe...ninguém adoece sozinha, direta ou indiretamente afeta alguém...” (Entrev.1)

É percebido nas falas das profissionais que elas têm consciência da responsabilidade que é exigida das mulheres nesses papéis, como é colocado por ARÁUJO (2006), a mulher que é “chefe de família de direito e de fato” (p. 24-25) e que também é dependente química. E sabem que é uma tarefa intensa direcionar um tratamento para uma pessoa com essas especificidades, como é falado por uma das profissionais:

“É tudo muito complexo. Particularmente, eu acho muito mais difícil tratar mulher do que homem, porque a mulher, elas demandam muita... elas vêm com uma sobrecarga maior...”
(Entrev.1)

Quando as pacientes foram questionadas sobre o que gostariam de mudar no tratamento, afirmaram não ter pensado ainda sobre isso, ou que seria mais fácil se tivesse passe livre para o transporte ou, ainda, que não tinha nada para mudar e citou os profissionais que estavam lá para resolver os problemas que pudessem surgir, como remédios e exames e, ao que eles não conseguissem resolver, faziam encaminhamentos.

Sobre participar do grupo de acolhimento juntamente com homens, uma das entrevistadas, devido ao seu caso específico de tentativa de suicídio, não participou desse grupo e foi encaminhada diretamente para o grupo de psicoterapia para mulheres. As outras duas afirmaram:

“Eu não. sabe que eu acho até bom? cada um tem sua história, não tem vergonha por que todo mundo passou pela mesma coisa, fica até mais a vontade para contar as palhaçadas, rir das situações engraçadas que cada um viveu”.(Entrev.c)

“Quando participei do grupo de acolhimento achei estranho, a mesma pergunta que falava pra eles falava pra outro...senti vergonha, achei constrangedor...falei disso em outra pesquisa que teve aqui.... fazer tratamento junto com homens não dá certo.”(Entrev.a)

Já os profissionais, quando questionados sobre as reclamações que as mulheres costumavam fazer sobre o tratamento, citaram: o horário das consultas e dos grupos, do grupo de acolhimento que só tem homens, da falta de opção nas atividades terapêuticas. A ausência de críticas ou outras possíveis demandas por parte das mulheres reforçam a existência de uma ilusão na compreensão dos seus direitos e necessidades, promovida por uma subordinação irrestrita às normas e valores da Instituição.

E essa constatação é observada em situações vivenciadas por algumas profissionais, no grupo de acolhimento, que afirmaram perceber em algumas mulheres esse mesmo

constrangimento, dificuldade de se exporem nas atividades e até mesmo recusas em participar juntamente com homens. Mas, que no momento em que ocorriam essas situações, não se atentavam para a sua complexidade e procuravam persuadi-las, a ver o lado bom de se trabalhar em um grupo misto, que vivencia a mesma situação de dependência, e que só foram refletir no ocorrido posteriormente.

Sobre as dificuldades que as mulheres encontram em aderir ao tratamento, as profissionais citaram: não terem com quem deixar os filhos pequenos (muito usado como desculpa para não participarem das atividades), dificuldade de assumir que tem problema, preconceito de si mesmas e dos outros, as recaídas, a condição financeira de quem mora longe e não tem como pagar o transporte, a falta de apoio da família e, em especial, do companheiro que muitas vezes dificultam o seu tratamento, reclamações sobre o atraso nos horários e consultas e, mais recentemente, a mudança de horário do grupo de mulheres.

É possível notar aqui, que a instituição, com suas normas e valores, pouco aparece como possível responsável pelas dificuldades que as mulheres encontram em aderir ao tratamento e, na fala de algumas profissionais, é possível notar que o caso da dependência química é visto como:

“... a dependência química às vezes é a pontinha do iceberg, quando você vai buscar, descobre um muito mais ou bem mais complicado do que é...não sei dizer se é mais no homem ou mulher, eu olho o paciente, cada qual tem sua história...”(Entrev.1)

Questões que devem ser observadas quando feitas as adaptações que são sugeridas pelo o OBID para o tratamento específico das mulheres dependentes químicas e que, trazendo para a realidade aqui trabalhada, percebeu-se uma sintonia, podendo citar vários itens, mas para um melhor aproveitamento do artigo resolveu-se apresentar a parte que trata das adaptações sugeridas que compõe o artigo (ver ANEXO C).

Entre as profissionais entrevistadas, as adaptações que citaram para o tratamento foram: a criação de outras atividades para o meio feminino, que trabalhassem a sua auto-estima e que elas pudessem escolher o que fazer ouvir mais o que as mulheres tem a dizer e encontrar meios de acolher melhor a mulher, como é percebido na fala de uma profissional:

“O grupo de mulheres já é uma tentativa dessa adaptação, mas o que me preocupa é na recepção delas...nesse grupo inicial elas não conseguem se expor, vem uma vez para conhecer e quando se depara com aquela quantidade de homens elas não

conseguem se encontrar naquele grupo, aí elas já não vem mais, então é um caso a se pensar, ou fazer mais atendimentos individuais até ela chegar, ao ponto de serem incluídas no grupo de mulheres, onde ela vai se sentir muito melhor. Então acho que obrigar...eu também não gostaria de chegar no meio de homens, por que tem muitas que tem que ser individuais, porque são violentadas também por homem né, e, por isso, no meio de homens é complicado. Fazer atendimentos, por exemplo, individuais com psicólogo e assistente social e depois consulta em conjunto psicólogo e assistente social juntos, pra ver se consegue acolher melhor a mulher.”(Entrev.3)

Todas as profissionais entrevistadas acharam importante abordar mais a temática sobre gênero e, na fala de uma delas percebem-se várias estratégias que abordariam questões relacionadas ao gênero e as representações sociais dentro da instituição:

“Eu ainda não tinha entrado em contato com isso. Talvez conversas mais sobre o próprio contexto delas e, talvez, levar esse questionamentos pra elas; elas devem ter idéias para serem bem acolhidas e se não tem, podem passar a ter novas idéias. Acho importante o trabalho de pesquisa dentro da unidade; abrir o espaço para os estagiários que colaboram com novos olhares; pensar no atendimento, em coisas que no nosso dia-a-dia a gente nem percebe; colaboração das pessoas externas da comunidade e a necessidade de entrar em contato com a família dessas mulheres”. (Entrev.3)

O CAPS ad apresenta um bom relacionamento instituição/usuária, e é composta por profissionais que não deixam dúvida quanto ao seu comprometimento diante dos objetivos a serem alcançados. Aprofundar o conhecimento sobre a temática Gênero e Representações Sociais, permitirá abordagens bem mais precisas nas suas estratégias de intervenção. Tendo em vista um projeto ético-político que dê o direcionamento certo para que o esforço não seja em vão, mas como afirma Iamamoto (2006) “o esforço volta-se para realizar um trabalho que zele pela qualidade dos serviços prestados e pela abrangência no seu acesso, o que supõe a difusão de informações quanto aos seus direitos sociais e os meios de sua viabilização”(p.145).

Dessa forma a relação instituição/usuária tende a se fortalecer e caminhar para um mesmo objetivo, que é o fortalecimento na sua adesão ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez concluída a coleta de dados, e processado a análise dos conteúdos, obtiveram-se resultados que nos permitem apresentar o seguinte conjunto de conclusões a partir do que apresentamos como hipótese que, em geral, os CAPS ad II não contemplam no tratamento as particularidades do universo feminino no âmbito das relações de gênero, tornando um empecilho para a adesão das mulheres ao tratamento.

As questões analisadas neste estudo mostraram que o tratamento da dependência química para mulheres é bastante complexo e gera mais uma adaptação da mulher ao tratamento proposto do que favorecer a sua adesão. Entende-se aqui por adaptação ao tratamento como um ato que, parte da mulher em ter que se adequar ao que já foi determinado, mas, as possibilidades para uma adesão aumentariam se o tratamento é que se adequasse às demandas da mulher.

Essa adaptação e não adesão das mulheres ao tratamento remete-nos à necessidade de repensar as diretrizes pelas quais o tratamento é desenvolvido e assim criar estratégias que possam priorizar as demandas que são as reais responsáveis para impulsionar as mulheres à não aderirem ao tratamento.

Para que seja possível esse repensar é necessário a ampliação das redes sociais para dar suporte a demandas tão complexas, mas que precisam ser superadas para promover de forma eficaz a adesão da mulher ao tratamento, garantindo assim a sua reintegração na sociedade de tal forma que, sejam contemplados e respeitados seus direitos enquanto cidadã e mulher.

As especificidades não são priorizadas o que torna um empecilho para a efetivação do tratamento, supõe-se que para aquelas mulheres mais do que superar a dependência química demonstram uma necessidade de trabalhar as suas demandas que estão por trás muitas vezes do seu vício.

Por motivos diversos nessa pesquisa essa suposição não pôde ser investigada, pois é necessário abordar mulheres que compareceu uma única vez ao CAPS ad por demanda espontânea. Fica, portanto aqui uma sugestão para pesquisas futuras.

No entanto nessa pesquisa observamos que: no que se refere às representações sociais das mulheres, percebidas pelas profissionais, identificamos que o preconceito, a discriminação, o ser frágil é o que caracteriza as mulheres e determinam o seu agir, no tratamento, na família e na sociedade de um modo geral. Quanto às mulheres usuárias diante

das representações que percebem de si próprias e do tratamento, constatamos que não existe uma conscientização sobre o ser mulher em toda a sua dimensão histórica, cultural, social do seu papel enquanto mãe, esposa, trabalhadora, paciente, devido a essa carência de consciência o tratamento é aceito sem maiores questionamentos.

Mulheres que diante de sua fragilidade, frustrações e sobrecargas por conta, não só, da sua dependência química, mas de uma vida carregada de estigmas, desigualdades das mais diversas formas, que percorrem toda a sua história dentro das relações de poder e subordinação, mas, que, em algum momento conseguem se apropriar do seu papel de mulher cidadã, de direitos, o adaptar-se ao que lhe é oferecido como tratamento, então se torna pouco diante de suas expectativas.

Supõe-se que, as mulheres as quais, não conseguem aderir ao tratamento já não se satisfazem com o pouco que o tratamento tem a oferecer, no sentido de que o tratamento está direcionado para a superação da dependência química e que demandas bem mais complexas que advém de suas particularidades enquanto mulher, não é investigada e assim não são contempladas durante o processo.

Os símbolos que são representados nessa pesquisa nas atitudes das mulheres em serem favoráveis ao tratamento, demonstraram nessa pesquisa que já não satisfazem mais as exigências atuais das usuárias que procuram o serviço, como o grande número de mulheres que trabalham e não conseguem dar continuidade ao tratamento.

Em alguns casos podemos afirmar que seus valores estão mudando, tendo em vista que as representações sociais (com suas normas, valores, símbolos) e as questões relacionadas ao gênero não são inalteráveis, pelo contrário, estão em constante movimento e transformação. Diante deste fato cabe a instituição rever seus valores, suas normas e então promover um tratamento que possam dar conta dessas novas demandas femininas.

Referente ao conceito de Gênero, utilizado por Scott, e as Representações Sociais de Moscovici, percebemos que as categorias gênero, símbolos, normas e valores que são utilizadas socialmente e que foram contempladas nessa pesquisa, demonstram favoravelmente que o grupo analisado se enquadra neste contexto.

Diante do exposto, nossa reflexão se situa no sentido de uma maior capacitação, dos profissionais envolvidos no tratamento, sobre a temática das relações de gênero visando contribuir para uma maior adesão das mulheres ao tratamento com vistas à construção de um espaço social, sendo estas mulheres portadoras de informações sobre a sua cidadania.

Por fim, o projeto ético-político que rege atualmente os profissionais do Serviço Social, lembra da importância de conhecer cuidadosamente o espaço de atuação, a cultura e a vida daqueles com os quais irão trabalhar. Sem esquecer que o fundamental para garantir o acesso dos usuários aos serviços, é a informação dos seus direitos, e os meios pelos quais podem ser acessados. Acredito que esse é a função primeira do assistente social e o meio mais democrático de conduzir as mulheres para uma reintegração social plena, que possibilite um novo repensar para a transformação das relações de gênero, em relações que respeitem a diversidade e as peculiaridades de todos e todas que estejam envolvidos nessas relações.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDRADE, Á. L. S. CAPPELLE, M. C. A. BRITO, M. J. de. NETO, A. de P. VILAS BOAS, L. H. de B. **Gênero nas Organizações: um Estudo no Setor Bancário**. RAE-eletrônica, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002. Disponível em: <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1238&Secao=COMPTO&Volume=1&Numero=2&Ano=2002.p.01-15>. Último acesso: 14/06/2009.

ARAÚJO, Neuza de Farias. **Sustenta mais não manda: Dilemas de uma ação sociopolítica de mulheres chefes de família no Nordeste Brasileiro**. Em: Relações sociais e Gênero: olhares cruzados América Latina Europa/ Neuza de Farias Araújo (Org.) – Natal, RN: EDUFRN – Editora da UFRN, 2006. p. 15-38.

BANDEIRA, Lourdes. **Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas**. Brasília: CEPAL/SPM, 2005, Disponível em: < http://200.130.7.5/spmu/docs/integra_publ_lourdes_bandeira.pdf > Acesso em 08 Ago. 2008. p. 04-19.

BOUDON, RAYMOND. BESNARD, PHILIPPE. CHERKAoui, MOHAMED. LÉCUYER, BERNARD-PIERRE. **Dicionário de Sociologia**. Tradução de António J. Pinto Ribeiro. PUBLICAÇÕES DOM QUIXOTE – LISBOA.1990. 278 p.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A pesquisa sobre representações sociais no contexto Do Serviço Social**, 1(1): 77-88, 2001. Disponível em: www.uepg.br/emancipacao/pdfs/revista%201/Artigo%205.pdf. Acesso em: 07 mai.2009.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/pdf/pnad-portugues.PDF>. Acesso em: 10 mai.2009.

_____. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/lev_domiciliar2005/index.htm. Acesso em: 20 fev.2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 fev.2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas.** 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>. Acesso em: 20 fev.2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Brasília, 1996.

CRESWELL, Jonh. “Uma estrutura para projeto”. In: **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed. Brookman. 2007. p. 21-42.

FISCHER, Rufino, **MARQUES** F., **Gênero e exclusão social**, in 7UDEDOKRV_SDUD_discussão n 113/2001, agosto de 2001 in www.fundaj.gov.br/tpd/113.html. Acesso em: 05 jun.2009.

GASKELL, George. “**Entrevistas Individuais e Grupais**”. In: Bauer, Martin e Gaskell, George. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis. Vozes. 2204: 64-68.

IAMAMOTO, Marilda V. “**Trabalho e Serviço Social: o redimensionamento da profissão as transformações societárias recente.** Em: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional/Marilda Vilela Iamamoto. – 10.ed.-São Paulo, Cortez, 2006: 140-148.

MELO, Érica. **Feminismo: velhos e novos dilemas uma contribuição de Joan Scott.** **Cad. Pagu**, Campinas, n. 31, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332008000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 12 June 2009. doi: 10.1590/S0104-83332008000200024.

MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais: investigações em psicologia social / Serge Moscovici; editado em inglês por Gerard Duveen; taduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. – Petrópolis, RJ: Vozes, p.7-109, 2003.

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **TRATAMENTO/Populações específicas/Mulheres.** Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acesso em 02 mai.09.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para os estudos históricos? Educação e Realidade, v.16, n. 2. Porto Alegre, jul-dez 1990, p. 5-22. Ou Tradução: SOS CORPO. Recife-PE. 1989.

_____. **O enigma da igualdade**. Rev. Estud. Fem. , Florianópolis, v. 13, n. 1, abr. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2008. doi: 10.1590/S0104-026X2005000100002.

SILVA, Debora de Souza. Tese de mestrado em Serviço Social: **Gênero E Assistência Às Usuárias De Álcool E Outras Drogas: Tratamento Ou Violência?** Orientador: Zelia M De Lossio E Seiblit. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social, Questão Social E Direitos Sociais, 2005. Disponível em: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys5/textos/andreia.htm>. Acesso em: 10 mai.2009.

SIQUEIRA, Tatiana Lima de. **Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero.** Revista Ártemis, v. Vol.08, p. 110-117, 2008.

TORRE, Maria Benedita Lima Della. **O homem e a sociedade: uma introdução à sociologia.** São Paulo, Editora Nacional, 1977, 6ª ed.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para pacientes).

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre a Adesão das Mulheres ao Tratamento em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad que tem como objetivo promover uma reflexão sobre as questões relacionadas ao gênero que ocorrem no processo que se inicia com a sua busca pelo tratamento. Além de cooperar com subsídios para o exercício profissional que beneficiem os seus interesses de mulher, como forma de promover uma maior integração com a instituição.

Serão realizadas coletas de dados nos prontuários das pacientes que deram entrada no CAPS ad de Sobradinho II, observação não participativa no “grupo de mulheres” e entrevista individual com as mulheres que participam do grupo, podendo fazer uso de gravação quando autorizado. A duração da entrevista fica em torno de 30 minutos podendo variar dependendo da abertura em cada entrevista.

Os desconfortos e os riscos que eventualmente venham a ocorrer, serão de ordem subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre a sua dependência química, podendo induzi-la a pensar sobre o seu papel nas esferas pessoal, profissional e familiar, podendo levá-la a momentos de baixa-estima, depressivos ou eufóricos. Por esse motivo as entrevistas ocorrerão nas dependências do CAPS ad de Sobradinho II para que possam ter auxílio profissional caso seja necessário.

Não há benefício direto para as participantes deste estudo. Apenas no final do estudo será possível saber como se apresenta a adesão das mulheres ao tratamento oferecido no CAPS ad de Sobradinho II. Qualquer que seja o resultado da pesquisa não será utilizado para prejudicar nem denegrir a imagem da paciente entrevistado. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhuma participante. Caso tenha interesse poderá ser informada de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar dessa pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a informações para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a pesquisa que se encontra sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Neuza de Farias Araújo, orientadora de pesquisa da aluna do curso de graduação em Serviço Social Mônica Brito do Rêgo Leal. Caso seja necessário contato utilizar os seguintes meios com a professora responsável pela pesquisa (3304-1025), estudante de graduação (9233-3664), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SES-DF (061- 3325-4955).

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer momento do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

A pesquisadora se compromete em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa ficando sob a sua guarda por um período de dois anos após a finalização dessa pesquisa para eventual revisão acadêmica, sendo logo depois arquivados definitivamente pela pesquisadora. O resultado da pesquisa será disponibilizado para a instituição do CAPS ad de Sobradinho II e participantes da pesquisa, em agosto de 2009.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem quaisquer tipos de prejuízo a usuária do serviço oferecido no CAPS ad de Sobradinho II.

Assinatura do participante/representante legal
(Rubricar as demais páginas)

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o
Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente ou
representante legal para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura da responsável pelo estudo
(Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para profissionais).

Sr(a) profissional de saúde do CAPS ad de Sobradinho II está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a Adesão das Mulheres ao Tratamento em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad que tem como objetivo promover uma reflexão sobre as questões relacionadas ao gênero que ocorrem no processo que se inicia com a busca de tratamento por mulheres nesta instituição. Além de cooperar com subsídios para o seu exercício profissional e que beneficiem os interesses dessas mulheres, como forma de promover sua maior integração com a instituição.

Será realizada entrevista individual, podendo fazer uso de gravação. A duração da entrevista fica em torno de 30 minutos podendo variar dependendo da abertura em cada entrevista.

Não há benefício direto para os profissionais entrevistados. Apenas no final do estudo será possível saber como os profissionais percebem a adesão das mulheres ao tratamento oferecido no CAPS ad de Sobradinho II. Qualquer que seja o resultado da pesquisa não será utilizado para prejudicar nem denegrir a imagem do profissional entrevistado. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Caso tenha interesse poderá ser informada de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar dessa pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a informações para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a pesquisa que se encontra sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Neuza de Farias Araújo, orientadora de pesquisa da aluna do curso de graduação em Serviço Social Mônica Brito do Rêgo Leal. Caso seja necessário contato utilizar os seguintes meios com a professora responsável pela pesquisa (3304-1025), estudante de graduação (9233-3664), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SES-DF (061- 3325-4955).

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer momento do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

A pesquisadora se compromete em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa ficando sob a sua guarda por um período de dois meses após a finalização dessa pesquisa para eventual revisão acadêmica, sendo logo depois arquivados definitivamente pela

pesquisadora. O resultado da pesquisa será disponibilizado para a instituição do CAPS ad de Sobradinho II e participantes da pesquisa, em agosto de 2009.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem quaisquer tipos de prejuízo aos profissionais do CAPS ad de Sobradinho II.

Assinatura do profissional
(Rubricar as demais páginas)

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o
Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a
participação nesta pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura da responsável pela pesquisa
(Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE C - Questionário Para Pacientes.

1. Que motivos a levaram a procurar o CAPS ad para fazer tratamento?
2. Que dificuldades você teve para iniciar o tratamento?
3. Como você se vê? (mulher, mãe, esposa, trabalhadora, paciente) (qualidades, defeitos.)
4. O que você acha que os outros pensam de você? (profissionais, sociedade, família).
5. Se pudesse mudar algo no seu tratamento, o que seria?
6. Como você se sente em fazer o tratamento junto com homens?
7. O que você acha do CAPS ad? (profissionais, acolhida, atendimento).
8. Como o tratamento tem ajudado você em superar o vício?
9. Você está sentindo vontade de falar mais alguma coisa sobre você, o tratamento ou sobre as pessoas que trabalham aqui?

APÊNDICE D - Questionário Para Profissionais.

1. Em algum momento na sua formação acadêmica ou pós-acadêmica estudou sobre questões de gênero? De que tratava?
2. Que situações de risco as mulheres dependentes químicas estão propensas a vivenciar?
3. Como você define as mulheres dependentes químicas?
4. Você poderia citar algumas dificuldades que as mulheres encontram em aderir ao tratamento?
5. Dentro do contexto organizacional instituição/sujeito, quais os critérios de normas e valores estabelecidos pela instituição CAPS ad para delimitar o tratamento oferecido a homens e mulheres em suas necessidades específicas.
6. Que reclamações elas freqüentemente fazem sobre o tratamento?
7. Você acha importante o debate sobre a implementação de gênero nas Políticas Públicas, de modo especial no tratamento oferecido no CAPS ad? Por quê?
8. Que adaptações seriam necessário fazer para que o tratamento oferecido no CAPS ad pudesse contemplar as necessidades específicas da mulher em tratamento?
9. Você gostaria de contribuir com mais alguma informação?

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Acolhimento do CAPS ad Sobradinho II.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
AR 17 chácara 14 Sobradinho II
CEP 73.062-700
Tel 3485 2290 / 3485 2286



FICHA DE ACOLHIMENTO

Data do acolhimento:
Nome do profissional:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Naturalidade:
DN:	Sexo: M F Escolaridade:
Filiação:	
Estado Civil:	Profissão:
Endereço:	
Telefones:	
Em caso de urgência falar com:	Telefone:

FORMAS DE CHEGADA AO CAPS ad II

<input type="checkbox"/> Imposição Judicial	<input type="checkbox"/> Encaminhamento de unidade da SES/DF	<input type="checkbox"/> Demanda espontânea
OBS: Anotar a origem do encaminhamento:		

QUEIXA PRINCIPAL

RESUMO DA HISTÓRIA DO USO DE DROGAS

Primeiro contato com a droga:
Tempo aproximado do uso de drogas:
Drogas usadas:
Droga de eleição:
Formas de obtenção da droga
Frequência de uso:
Quantidade de uso:

HISTÓRIA PREGRESSA

Já ficou internado alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso afirmativo cite onde , quando e por qual motivo:
Tem passagem por comunidade terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso afirmativo cite qual e quando:

INFORMAÇÕES RELEVANTES

* Apresenta sintomas de abstinência:
<input type="checkbox"/> tremores <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> falta de apetite
<input type="checkbox"/> alucinações <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> nervosismo
<input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> memória prejudicada
<input type="checkbox"/> outros:
* Faz uso de medicação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não . Caso afirmativo cite qual:

ENCAMINHAMENTO PROPOSTO PELA EQUIPE

<input type="checkbox"/> Sim. Encaminhado para avaliação com os seguintes profissionais:
Encaminhado para grupo de acolhimento: <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não . Justifique:
<input type="checkbox"/> Não. Foi orientado/ encaminhado para o seguinte serviço:
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas



Termo de Compromisso

Este é um serviço que tem como objetivo tratar pessoas que detenham problemas como abuso e dependência de álcool e outras drogas. Para obter êxito neste serviço, algumas normas precisam ser respeitadas e são condições para sua participação.

- ***Paciente sob efeito de qualquer substância psicoativa será encaminhado para o acolhimento, caso tenha atendimento individual este será reagendado;***
- É proibido comercialização, porte ou uso de álcool ou quaisquer outras drogas nas dependências do CAPS-ad ou nas suas imediações;
- É proibido portar, comercializar ou usar arma de fogo ou armas brancas, nas dependências do CAPS-ad ou nas suas imediações, pois a proposta do serviço é terapêutica e trabalha com princípio da não violência;
- É proibido, também o uso de violência física ou verbal com os demais pacientes ou com técnicos do serviço.

Nestes termos, eu _____
(Nome Completo)

e _____,
(Nome Completo do Responsável)

declaro(amos) compreender e concordar com as condições acima expostas.

Brasília-DF, _____ de _____ 20 ____.

(Assinatura do Usuário)

(Assinatura do Responsável)

ANEXO B - Parecer CEP/FEPECS.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 036/2009

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: **380/08** – Adesão das mulheres ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD.

Instituição Pesquisada: SES/DF

Area Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 10/03/2011

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 10 de março de 2009.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO C – Trecho do Artigo OBID: TRATAMENTO/Populações específicas/Mulheres.

...

OUTRAS DROGAS

No que se refere aos efeitos das outras drogas, poucos estudos foram feitos comparando os dois sexos, assim ainda não dispomos de dados definitivos. Há evidências de que a droga como cocaína, a maconha, tranqüilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais em mulheres.

A maior parte do tratamento foi desenvolvida para os homens e somente depois, adaptados para as mulheres. No entanto, sabemos que as mulheres têm necessidades especiais, que estão resumidas no quadro seguir:

DOZE ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO TRATAMENTO PARA MULHERES

1. Mulheres dependentes químicas sofrem intensos estigmas sociais, que decorre muitas vezes da noção incorreta de que elas sejam mais promiscuas e sexualmente disponíveis. Este estigma faz com que muitas tenham vergonha de admitir o problema e procurar o tratamento correto. Além disso, muitos profissionais de saúde também não se sentem a vontade em perguntar sobre o uso de álcool/drogas para mulheres, o que retarda o diagnóstico e adequado encaminhamento.
2. As mulheres ainda enfrentam outras barreiras na busca por tratamento, tais como: não ter com quem deixar os filhos e medo de perder a guarda dos filhos se admitirem que tem um problema de álcool/drogas.
3. A alta prevalência de transtornos psiquiátricos em mulheres dependentes químicas exige cuidadosa avaliação psiquiátrica. O profissional deve determinar qual o problema ocorreu antes, porque um transtorno primário (mais frequentemente o caso entre mulheres) dificilmente melhorará somente com a abstinência e o uso de medicação específica pode ser necessário. Além disso, a avaliação apropriada das comorbidades psiquiátricas pode evitar a prescrição inadequada de calmantes (uma prática mais comum quando o cliente é mulher), prevenindo o desenvolvimento de futuros quadros de dependência.
4. Uma vez que tentativas de suicídio são especialmente comuns entre mulheres dependentes químicas, particular atenção deve ser dada a esse aspecto quando da avaliação inicial do paciente.

5. Mulheres dependentes químicas relatam com maior frequência comportamentos sexuais de risco e descuido no manuseio de seringas do que os homens. Assim, uma revisão completa do estado físico, com especial atenção para fatores de risco para o HIV é necessária.
6. O abuso de álcool/drogas pode funcionar como forma de controlar o peso para muitas mulheres. Além de investigar ativamente a existência de transtornos alimentares, o profissional deve aproveitar a oportunidade para discutir nutrição e exercício físicos como forma mais saudável de manter o peso.
7. O uso de álcool/drogas entre mulheres sofre maior influência dos companheiros e da família do que os homens. Portanto é importante perguntar sobre problemas relacionados a álcool/drogas na família do paciente. Elas terão maior chance de recaída se o ambiente familiar/social problemático permanecer o mesmo.
8. É importante perguntar sobre o abuso sexual e/ou físico. Mulheres que estejam passando por esses problemas precisam primeiro encontrar um lugar seguro para morar ou o tratamento dificilmente será bem sucedido.
9. Outro passo importante é encorajar a participação da família no tratamento, uma vez que a família é mais profundamente afetada quando a mulher tem um problema de dependência química. Eventualmente, será necessária terapia familiar. Além disso, mães, particularmente mães solteiras podem ter dificuldade em conciliar trabalho e cuidado com os filhos, o que representa um desafio em sua recuperação.
10. A gestação é um momento particularmente importante. Neste período, as mulheres encontram-se mais motivadas para o tratamento, cujos ganhos se mantêm mesmo quando a criança já nasceu.
11. Muitas mulheres acham mais fácil falar sobre problemas sexuais e outros quando não há homens no grupo e o abandono ao tratamento parece ser menor em grupos só de mulheres propriamente ditas, baseadas no tipo de substância, faixa etária, educação, estado civil, dentre outros aspectos. O ideal seria oferecer os dois tipos de tratamento: grupo misto e grupo só de mulheres.
12. Para saber mais, visite <http://www.womenforsobriety.org> e <http://www.aa.org>