



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Érika Barbosa de Oliveira Silva

Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem

**Rio de Janeiro
2014**

Érika Barbosa de Oliveira Silva

**Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack:
contribuições para a enfermagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586	<p>Silva, Érika Barbosa de Oliveira. Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem/ Érika Barbosa de Oliveira Silva. - 2014. 108 f.</p> <p>Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Cocaína. 2. Crack (Droga). 3. Mulheres – Saúde e higiene. 4. Mulheres – Uso de drogas. 5. Saúde mental. 6. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Érika Barbosa de Oliveira Silva

**Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack:
contribuições para a enfermagem**

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 16 de dezembro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^o. Dr^o. Elias Barbosa de Oliveira
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^o. Dr^o. Octavio Muniz da Costa Vargens
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2014

DEDICATÓRIA

Dedico às mulheres brasileiras que convivem com as iniquidades de gênero existentes em nossa sociedade. Principalmente aquelas que têm sofrido tais iniquidades no enfrentamento da dependência química. Desejo que possamos viver as relações de gênero de maneira igualitária, onde o respeito às diferenças sejam base para relacionamentos saudáveis e satisfatórios.

AGRADECIMENTOS

A Deus, único e absoluto, pois sinto seu cuidado em toda minha caminhada.

As usuárias e profissionais do Caps ad, que me permitiram imergir em seu mundo, para emergir com novos conhecimentos e mais amor pela vida, e por minhas atividades profissionais.

A meu pai, que me ensinou a amar o conhecimento, que me deslumbrou com sua inteligência, desde tenra idade, me instruiu no mundo dos livros, e me fez acreditar na vida.

A minha mãe, mulher guerreira, e que na sua simplicidade me estimula a subir mais alto.

Ao meu marido, pelo cuidado que dedica a mim.

Aos meus filhos, que acompanharam toda essa trajetória, desde o processo seletivo para o mestrado, procurando participar, mesmo sem compreender.

Aos meus irmãos (Fábio, Felipe e Aline) e amigos, que se alegram com minhas alegrias, e choram minhas tristezas.

A minha orientadora, por ter aceitado esse desafio, de discussão transversal de Gênero e Saúde Mental, me oportunizando um doce e sólido aprendizado.

Aos docentes e discentes da linha de pesquisa Políticas, Práticas e Saberes em Saúde e em Enfermagem, que ajudaram a perceber o mundo feminino com sentidos aguçados.

Aos membros da banca de qualificação, que contribuíram significativamente para a finalização do estudo.

Porque eu conseguia esquecer no cotidiano que estou em presença de homens; mas dificilmente eles se esqueciam de que eu era mulher.

Alfonsina Storni

RESUMO

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira. *Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem*. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O consumo de cocaína e crack gera importantes repercussões para saúde. Em relação aos usuários destas drogas, há predomínio dos homens sobre as mulheres. Em virtude das mulheres serem o grupo minoritário, o cuidado de saúde mental nem sempre observa as especificidades do gênero feminino e suas vulnerabilidades no processo saúde-doença. Para investigar esta problemática, foi proposto o objeto de estudo "As singularidades do gênero feminino no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack". Delimitaram-se os seguintes objetivos: Analisar o cuidado psicossocial às mulheres usuárias de Crack e Cocaína e Discutir a abordagem das singularidades do gênero feminino neste cuidado. Adotou-se como referencial teórico da pesquisa a categoria Gênero. Para alcançar estes objetivos, optou-se por pesquisa qualitativa, que foi desenvolvida no único CAPS ad do município de Duque de Caxias, localizado na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que exercem o cuidado das mulheres usuárias de cocaína e crack. Para coleta de dados, utilizou-se a triangulação de técnicas: a) observação sistemática nos espaços de cuidado coletivo; b) entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e c) análise documental dos prontuários das mulheres. A análise dos dados empíricos foi orientada pela Hermenêutica-Dialética. Foram analisados 113 prontuários das mulheres assistidas no CAPS ad. A maioria das mulheres estava na faixa etária de 20 a 34 anos, solteiras, mães com prole menor de idade, que viviam com os familiares, não tinham fonte de renda própria e envolvimento com a justiça. Quase a totalidade utilizava também outras drogas, como tabaco, maconha e álcool. Foram entrevistados 17 profissionais de saúde. As categorias da pesquisa foram: Concepções dos profissionais sobre o cuidado psicossocial: centrado na pessoa e centrado na doença; as questões do gênero feminino e as usuárias de crack e cocaína; a condição feminina e suas influências no cuidado psicossocial. As singularidades de gênero no cuidado psicossocial foram reveladas no comportamento e enfrentamento das mulheres frente ao uso de cocaína e crack, mas também nas estratégias de cuidado adotadas pelos profissionais. O cuidado psicossocial por vezes reforça os estereótipos de gênero e, por outra, estimula o exercício da autonomia feminina. Os profissionais apresentaram percepções determinadas pelas questões de gênero, atribuindo às mulheres características distintas, como a "fragilidade" e a dependência emocional, que interferem nas vivências femininas acerca do uso de cocaína e crack. A prostituição surgiu como uma consequência da vulnerabilidade do gênero feminino no contexto de consumo de drogas. Recomenda-se a implementação de ações programáticas direcionadas para as singularidades da clientela feminina e a discussão das iniquidades de gênero no âmbito da formação profissional, da assistência e da pesquisa para superar a práxis reducionista e a naturalização das diferenças e da subalternidade feminina nestes espaços de produção de saúde. Como integrante da equipe de saúde, enfermeiros e auxiliares de enfermagem necessitam estar sensibilizados para as questões de gênero e terem uma maior participação no cuidado individual e coletivo desta clientela.

Palavras-chaves: Enfermagem. Cocaína crack. Gênero e saúde. Saúde da Mulher. Saúde Mental.

ABSTRACT

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira *Singularities of gender in psychosocial care to users of cocaine and crack: contributions to nursing*. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Consumption of cocaine and crack generates important repercussions for health. In relation of the drug users, men are predominant compared to women. In virtue of women be the minority group, mental healthcare does not observe specificities and vulnerabilities of feminine gender in the health-disease process. To investigate this problem was proposed the research object “The singularities of feminine gender in the psychosocial healthcare to cocaine and crack users”. The following objectives were delimited: Analyze the psychosocial care to women that use crack and cocaine and discussing the approach of feminine gender singularities in this healthcare. The theoretical background adopted was the gender category. To achieve the objectives was chose qualitative research developed in the only CAPS AD located in the municipality of Duque de Caxias, Baixada Fluminense, State of Rio de Janeiro. The research participants were health professionals that took care of women cocaine and crack users. For data collecting was used the technique of triangulation: a) systematic observation in the collective healthcare areas; b) semi-structured interview with healthcare professionals and c) documentary analysis of feminine patients’ records. The data were analyzed using Hermeneutic-Dialectic. One hundred thirteen patient records under CAPS AD care were analyzed. Most of women were aged 20-34 years, single, mother of underage children, living with relatives, had no source of income and were involved with justice. Almost all used also another drugs, as tobacco, marijuana and alcohol. The research categories were: Professional conceptions about psychosocial care: person-centered and illness-centered; The feminine gender questions and the crack and cocaine users; Status of women and their influences on the psychosocial care. Singularities of gender on the psychosocial care were revealed through women behavior and coping towards the use of cocaine and crack, but also on care strategies adopted by professionals. The psychosocial care sometimes reinforce the gender stereotypes and, another times, encourages the exercise of women's autonomy. Professionals had certain perceptions determined by gender, assigning women distinctive features, such as “fragility” and emotional dependency that affect women's experiences on the use of cocaine and crack. Prostitution emerged as result of the vulnerability of the female gender in the context of drug consumption. Implementation of programming activities directed to the singularities of female clientele are recommended, as well as discussion of gender inequities in vocational training, assistance and research to overcome the reductionist practice and naturalization of differences and the feminine subordination in these areas of health production. As a member of the healthcare team, nurses and nursing assistants need to be sensitized to gender issues and to be more involved in individual and collective care of this clientele.

Keywords: Nursing. Crack Cocaine. Gender and Health. Women’s Health. Mental Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro, maio de 2014.....	45
Tabela 2 - Perfil Clínico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro Rio de Janeiro, maio de 2014.	48
Tabela 3 - Cuidados descritos no Plano Terapêutico Individual das mulheres usuárias de crack/cocaína do CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro Rio de Janeiro, maio de 2014.....	50
Tabela 4 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
CAPS ad II	Centro de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e drogas tipo II
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAD	Política Nacional de Álcool e Drogas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL.....	19
1.1 Reforma psiquiátrica e os desafios para o cuidado da população usuária de álcool e drogas	20
1.2 Política de Saúde da Mulher e os desafios para o cuidado de usuárias de álcool e drogas	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO: A CATEGORIA GÊNERO	29
2.1 O cuidado psicossocial e as questões de gênero	32
3 METODOLOGIA	35
3.1 Cenário de Pesquisa.....	35
3.2 Participantes da Pesquisa	39
3.3 Coleta de Dados: Triangulação de Técnicas	39
3.4 Análise de Dados: Hermenêutica-Dialética	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 Características das mulheres usuárias de cocaína e crack e do cuidado psicossocial no CAPS ad	44
4.1.1 <u>Perfil sociodemográfico</u>	44
4.1.2 <u>Perfil Clínico</u>	46
4.1.3 <u>Descrição dos cuidados no Plano Terapêutico das usuárias de crack/cocaína</u>	49
4.2 Concepções dos Profissionais sobre o Cuidado Psicossocial: Centrado na pessoa e Centrado na doença	51
4.3 As Questões de Gênero e as Mulheres Usuárias de cocaína e crack	58
4.3.1 <u>A "fragilidade" feminina refletida nas características psicossociais e biológicas</u>	59
4.3.2 <u>A prostituição como consequência da droga e da vulnerabilidade do gênero feminino</u>	63
4.3.3 <u>A dependência emocional e manutenção dos laços afetivos: vínculo amoroso, família e maternidade</u>	66

4.4	A Condição Feminina e suas influências no Cuidado Psicossocial	71
4.4.1	<u>O uso velado da droga e acesso tardio ao tratamento</u>	72
4.4.2	<u>A influência dos vínculos familiares e afetivos na adesão ao tratamento</u>	74
4.4.3	<u>Os estereótipos de gênero como recurso estratégico na abordagem terapêutica.</u>	82
	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – Roteiro para Análise Documental	101
	APÊNDICE B – Instrumento para Observação Sistemática	103
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	104
	APÊNDICE D – Tabela 4	105
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética	107

INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional teve início na enfermagem de saúde mental e psiquiatria em 2003, e esteve envolvida com as ações transformadoras da Reforma Psiquiátrica (RP) em busca de um novo olhar para os portadores de doença mental e a construção de novos modos de cuidar. Tive vivências que me proporcionaram desenvolver um olhar mais atento, não só para os cuidados com indivíduos doentes, mas também para a qualidade de vida a partir do desenvolvimento da autonomia e empoderamento desses indivíduos.

Ainda durante a residência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, atuei em uma enfermaria feminina de longa permanência, conhecida como ambiente de proteção para mulheres idosas e debilitadas, que tinham longos anos de reclusão no espaço manicomial. Ao cuidar dessas mulheres, percebi que, diferentemente do que se acreditava, apenas uma pequena parte era idosa e as demais estavam na faixa etária entre 40 e 50 anos. No entanto, apresentavam-se com aparência envelhecida, com comprometimentos físicos, psíquicos e sociais em virtude da violência social e psíquica, que caracteriza o isolamento manicomial. Esta experiência vivenciada despertou-me para as questões do gênero feminino no processo de adoecimento mental e seu enfrentamento.

Após a conclusão do curso de residência, ingressei no meu primeiro emprego como enfermeira assistencial em uma instituição psiquiátrica, assumindo o cuidado em uma enfermaria feminina com características bem semelhantes às descritas anteriormente, o que reforçou minha percepção para as influências do gênero no adoecimento mental, bem como para o enfrentamento da doença pelas mulheres.

Ao longo do meu percurso profissional, também tive a oportunidade de assumir a coordenação do serviço de enfermagem em duas instituições psiquiátricas diferentes. Tais experiências me sensibilizaram para a percepção de que as trabalhadoras de enfermagem vivenciavam também o sofrimento psíquico decorrente das influências de sua condição feminina, sendo dramática a sua inserção e permanência no mundo do trabalho. E também reforçaram o meu interesse para a interface de cuidado em saúde mental e gênero feminino.

Em 2009, ingressei na prática docente de enfermagem em uma universidade privada, tendo a oportunidade de ensinar sobre o cuidado psicossocial às pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, e me inseri no projeto de pesquisa e extensão vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde

Mental/Crack e outras drogas do Ministério de Saúde, que objetivava a implementação de mudanças no processo de ensino-aprendizagem, formando profissionais de saúde aptos para atuar nas ações de promoção e prevenção de riscos para o uso de crack e outras drogas psicoativas (BRASIL, 2007a).

Na prática do ensino, durante a supervisão de Estágio Supervisionado em um Centro de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas II (CAPS ad II), tive uma aproximação importante com as mulheres usuárias de crack e cocaína, podendo conhecer as especificidades do ser feminino no enfrentamento da problemática do uso de cocaína e crack.

A utilização de cocaína, crack e outras drogas interfere negativamente na qualidade de vida do usuário e de sua família. Nos casos em que a mulher não é usuária desta substância, ela é o pilar do apoio social e dos cuidados relativos à saúde de seus cônjuges e filhos (LIMA et al, 2010).

Considerar as singularidades do gênero no processo saúde-doença mental baseia-se na compreensão de que o gênero é um constructo sociocultural e histórico, contrapondo-se ao determinismo biológico na diferença entre o masculino e o feminino (SCOTT, 1998). Este constructo influencia todas as dimensões da vida humana, não só de forma coletiva, mas também na compreensão singular de que cada indivíduo tem de si próprio, influenciando a formação de sua identidade e as relações e interações no cenário social. Portanto, o gênero é também um dos determinantes do sofrimento psíquico.

Segundo Santos (2009, p 1178) a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente, pois traz em si os valores sociais de uma determinada época da história. Este sofrimento é definido como dificuldade em operar planos e definir o sentido da vida, e no sentimento de impotência e vazio. Esta afirmação considera que fatores psicossociais envolvidos no processo saúde-doença mental determinam maneiras diferenciadas do sofrimento psíquico entre o gênero feminino e o masculino (SANTOS, 2009).

Nessa perspectiva, a discussão das singularidades do gênero feminino no processo de saúde-doença mental é entendida como fruto de relações entre aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos, históricos, de produção de identidade e de construção de autonomia, contrapondo-se a compreensão reducionista de ausência ou presença de doenças (LUDEMIR, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo (OMS, 2001), relaciona a saúde mental ao bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do

potencial intelectual e emocional da pessoa. E afirma também que os avanços científicos mostram que os transtornos mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Santos (2009) refere que a discussão sobre gênero e saúde mental no Brasil ocorreu nos anos de 1980. Esta discussão recebeu grande interesse por parte das feministas, mas perdeu visibilidade na década seguinte, podendo este fato estar relacionado aos desafios da ruptura com a hegemonia do modelo biomédico na área da psiquiatria brasileira nessa época, que estava ainda sendo objeto de discussão no âmbito da RP.

Dados da OMS (2001) revelam que mulheres se encontram numa condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico, por isso tem mais probabilidade de receber prescrições de psicotrópicos. Este fato é relacionado aos múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade e a frequente exposição a fatores estressantes, relacionados com a menor capacidade de se retirar do ambiente gerador de estresse, tendo em vista a vivência de múltiplos papéis como mãe, esposa, cuidadora e cada vez mais participante do mercado de trabalho e do sustento da família. As altas taxas de violência doméstica e sexual também devem ser consideradas neste contexto, visto que estão intimamente relacionadas com incidência de morbidade no gênero feminino.

A OMS (2001) também considera que os transtornos da ansiedade e a depressão são mais comuns no sexo feminino, enquanto que para os distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia e os transtornos afetivos bipolares, não há diferenças de incidência ou prevalência por gênero. Já os transtornos devidos ao uso de substâncias são mais comuns no sexo masculino, embora estes distúrbios estejam crescendo rapidamente no sexo feminino em muitos países.

As pessoas com uso problemático de drogas possuem necessidades complexas, pois se mostram em risco de infecção por HIV e outros agentes patógenos veiculados pelo sangue, distúrbios físicos e mentais comórbidos, problemas com múltiplas substâncias psicoativas, envolvimento em atividades criminosas e problemas nas relações pessoais, no emprego e na moradia (CRUZ, VARGENS e RAMÔA, 2011; OMS 2001).

Considera-se como uso problemático ou uso abusivo um padrão de consumo de substâncias onde há uma produção de problemas familiares, sociais e até físico relacionados a este consumo, ou seja, é um consumo que aumenta o risco de consequências prejudiciais ao usuário, com uma evidência clara da relação entre os uso e os prejuízos percebidos (DUARTE e MORIHISA, 2013).

No Brasil (2007), estimativas nacionais apontam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos de saúde mental (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). O percentual de transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas está entre de 6 a 8% da população, o que não representa a dimensão social dos problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas.

Os padrões epidemiológicos no Brasil são semelhantes aos descritos pela OMS (MARAGNO et al, 2006). Quanto ao sexo, os estudos descrevem prevalência maior de transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade e somatização) nas mulheres. A prevalência do uso de substâncias psicoativas é maior entre homens, e o cenário epidemiológico recente mostra a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes associadas ao contexto de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

A articulação entre gênero e saúde mental é proposta na Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visto que, esta considera que os aspectos da vida cotidiana das mulheres e a sobrecarga das responsabilidades assumidas por elas resultam num grande ônus que se sobrepõe ao estado de bem estar psíquico (BRASIL, 2004b).

Para se considerar a interface de cuidado entre saúde mental e gênero feminino, torna-se necessário compreender o cuidado integral em saúde e a qualificação de profissionais sensibilizados para realizar cuidados na perspectiva da inter-relação entre o gênero e o sofrimento psíquico.

Considerando essa inter-relação, foi definido o seguinte objeto de estudo: As singularidades do gênero feminino no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack.

As questões norteadoras do estudo deste objeto são: Como o cuidado psicossocial é oferecido para as mulheres usuárias de crack e cocaína? Quais as singularidades do gênero feminino no cuidado psicossocial? De que forma estas singularidades são abordadas nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde?

A partir dessas questões, delimitaram-se os seguintes objetivos:

- a) Analisar o cuidado psicossocial às mulheres usuárias de Crack e Cocaína.
- b) Discutir a abordagem das singularidades do gênero feminino neste cuidado.

Para estabelecer a justificativa do estudo, foi realizada busca por assunto na Base de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando as palavras gênero e drogadição, evidenciou-se que estudos sobre a temática proposta ainda são escassos.

Cabe esclarecer que a busca pelo termo drogadição incluiu suas sinonímias, conforme apresentado na Biblioteca Virtual em Saúde, como abuso de drogas, abuso de substâncias, abuso de substâncias psicoativas, dependência e agentes químicos, dependência de substâncias, dependência de substâncias psicoativas, dependência de drogas, uso indevido de drogas, substâncias psicoativas e ainda drogadicção. A partir desta busca, foi encontrado um total de 16 produções no período de 2001 a 2012, sendo 10 dissertações e 06 teses.

Quanto à natureza dos estudos, 09 tinham abordagem qualitativa, 06 estudos quantitativos e 01 quanti-qualitativo.

Sobre os Cursos de Mestrado e Doutorado que produziram pesquisas sobre o tema, 05 produções referiam-se a estudos de Enfermagem, 03 estudos de Medicina, 02 relacionados à Saúde Coletiva e 02 pertencentes à Psicologia. As áreas de Distúrbios do Desenvolvimento, Serviço Social, Saúde da Criança e da Mulher e Saúde Pública, apresentavam cada uma 01 estudo.

Este achado chama a atenção para a enfermagem como a área que mais buscou conhecimento acerca do tema no âmbito do strictu senso. Tendo em vista a magnitude dos problemas relacionados a álcool e drogas, é frequente a participação dos enfermeiros na assistência a essa clientela, de forma a reconhecer e atender às necessidades dessa população (ROCHA et al, 2013). Lopes et al (2009, p.519) reforça que a os profissionais de enfermagem são agentes transformadores do processo social, participando no desenho e na implantação de processos que permeiam a problemática das drogas e a produção de saúde.

Embora o assunto de busca seja gênero e drogadição, os objetos de estudo foram diversificados, tendo em vista a diversidade de pontos de vista que a temática foi abordada. Foram 03 produções científicas que investigaram os fatores determinantes para o uso abusivo e a vivência de mulheres usuárias de drogas, sendo que 01 destes abordou a vulnerabilidade para DST/AIDS nestas vivências. Outros 03 estudos investigaram as concepções sociais sobre o uso feminino e o uso masculino de drogas; 03 traçam o perfil epidemiológico de determinados grupos; 03 trataram sobre o uso de drogas no ciclo gravídico puerperal com ênfase nos efeitos da droga sobre o feto; 02 discutiram as ações que favorecem o enfrentamento do uso de drogas pela mulher; 01 pesquisou o sentido atribuído pelos

profissionais que atuam com drogadictos acerca da violência de gênero e a construção da masculinidade e 01 investigou a associação do uso de substâncias psicoativas a doença depressiva na mulher.

Especificamente nos estudos de Enfermagem, foram utilizadas as seguintes abordagens temáticas: o uso de drogas no ciclo gravídico puerperal com ênfase nos efeitos sobre o feto, perfil de mulheres alcoolistas, os fatores determinantes para o uso abusivo de álcool e a vivência destas mulheres em relação à vulnerabilidade para DST/AIDS.

A metade desses estudos está relacionada ao uso de álcool, e apenas 01 refere-se exclusivamente ao uso de crack. O estudo de Elderer (2006) enfatiza que as mulheres são um grupo minoritário, estando sub-representadas nas pesquisas sobre o abuso e dependência do álcool, por isso faz-se necessário compreender suas particularidades e especificidades, a fim de que as práticas de cuidado sejam ajustadas a este grupo.

O álcool é uma droga lícita, com uso socialmente aceitável entre mulheres. Porém não só o uso do álcool, mas também de outras drogas, caracterizam-se como fonte de muitos problemas relacionados à saúde de suas usuárias. Além disso, este estudo também identificou que há enfrentamento ineficaz de vários outros problemas relacionados ao sofrimento psíquico feminino (ELDERER, 2006).

A invisibilidade do uso de drogas ilícitas por mulheres é descrita na pesquisa de Oliveira (2008), onde se conclui que a percepção por parte de profissionais de saúde da pessoa usuária de drogas ilícitas é estereotipada e associada ao masculino. Portanto, aquelas que não apresentam tal imagem não são reconhecidas como usuárias.

Santos (2003) menciona que as representações do uso de drogas por mulheres são estigmatizantes, uma vez que elas são menos valorizadas e consideradas em comparação aos homens que são adeptos desta prática. Assim sendo, a autora considera a necessidade de estudos complementares para a busca de entendimento sobre a dinâmica social da prática da drogadição, com o olhar voltado para as mulheres, que neste contexto social, se tornam vulneráveis à violência de gênero, à prostituição e as DST/AIDS.

Apenas dois destes estudos tiveram nos seus objetivos o enfoque da prática do cuidado. O estudo de Haeik (2006) considerou que o Programa de Redução de Danos no uso de drogas injetáveis apresenta maior direcionamento do cuidado para os riscos biológicos. O estudo de Pinto (2010) buscou compreender o papel das atividades de lazer na influência para o alcoolismo feminino, bem como na recuperação das mulheres alcoolistas. Haeik (2006) considera que as intervenções de redução de danos devem se aproximar da vida cotidiana e da

rede de relações sociais destas mulheres, que são perpassadas por questões culturais de gênero.

Apesar dos profissionais de saúde reconhecerem que o consumo de drogas é um problema que atinge a comunidade e causa repercussões para saúde, as intervenções de cuidado revelam a hegemonia do modelo biomédico, centradas na medicalização, sem considerar o caráter singular da vulnerabilidade do ser feminino (OLIVEIRA, 2008).

A maioria dos estudos supracitados recomenda a realização de novas pesquisas, que considerem a perspectiva de gênero nas práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com o objetivo de repensar e reavaliar estratégias que minimizem as barreiras existentes para uma prática de cuidado qualificado.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de se discutir, compreender e analisar a prática do cuidado a estas mulheres para a melhoria da assistência prestada. A ênfase nas questões femininas durante a assistência do enfermeiro e de outros profissionais de saúde favorecerá a visibilidade deste grupo social nos serviços de saúde especializados e não especializados existentes no sistema de saúde brasileiro.

A compreensão do objeto de pesquisa proposto pode colaborar para implementação de práticas de cuidado direcionadas às mulheres dependentes químicas, levando em consideração suas singularidades de gênero, o que favorece ações mais resolutivas. Contribuirá também para o avanço do conhecimento científico nas áreas de saúde mental e da mulher, bem como para o campo de ensino de saúde e de enfermagem, que devem formar profissionais sensibilizados e capazes de prestar uma assistência qualificada para o segmento feminino e suas especificidades.

1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL

A Reforma Sanitária no Brasil, movimento que ocorreu ao longo das décadas de 1970 e 1980, trouxe à tona a construção de novas formas de ser e fazer em saúde, culminando com a criação e desenvolvimento de um sistema universal de saúde, que tem como uma de suas diretrizes a integralidade de cuidados. Esse movimento originou várias discussões que buscavam novos modelos de atenção à saúde na busca de políticas comprometidas com a garantia dos direitos humanos e que fizeram parte do cenário que concretiza a redemocratização do país.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou da confluência dos movimentos de diversos grupos sociais que compreendiam a saúde como direito durante a redemocratização do país e a consolidação da cidadania. Saraceno (2011, p.99) refere que a cidadania é um direito em si, que inclui direitos negativos (de não ser excluído, de não ser abandonado, de não ser violentado) e direitos positivos (de ser cuidado pelo serviço sanitário, de ser tratado bem, de ser reconhecido pelas necessidades pessoais). Sobre a questão dos direitos, o movimento feminista há tempos reporta que a democracia não está limitada ao exercício da cidadania na esfera pública, mas também se manifesta nas relações de vida cotidiana, no trabalho, na família, na saúde e na educação (GRIFIN E COSTA, 1999).

Tais movimentos sociais estiveram mobilizados e organizados em fóruns, conferências e outras formas de manifestação. Essas ações, que colocaram na agenda pública as desigualdades sociais, consideravam a saúde em sua complexidade como direito dos cidadãos, e não como um bem econômico restrito ao mercado (BRASIL, 2006).

Dentro dos vários segmentos sociais que se mobilizaram nesse contexto, as discussões que originaram a RP no país surgiram também na pauta do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que criticava o modelo hegemônico existente no cuidado aos doentes mentais, que se reduzia ao asilamento destes e a intervenções com um enfoque biologicista para o controle da doença (AMARANTE, 1995; YASUI, 2006), e fomentava o debate da compreensão de saúde mental como direito e também da compreensão da doença mental como um acontecimento do processo saúde-doença, e que não anula outros aspectos da vida destes enfermos. Trazia também para a discussão que a prevenção e a promoção de saúde mental deveriam considerar aspectos psicossociais da vida das pessoas, desde o seu

nascimento. Anos mais tarde, tais propostas foram normatizadas pela Lei 10216, de 2001 – a lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei Deputado Paulo Delgado.

Em paralelo a esses acontecimentos, também o Movimento Feminista brasileiro buscava transformações para a atenção destinada à saúde das mulheres, que até então estava sob um olhar reducionista dos programas materno-infantis existentes no século XX. Estes programas tratavam a mulher numa perspectiva biologicista e compreendiam o seu papel social limitado ao ambiente doméstico (BRASIL, 2011).

O Movimento Feminista revelou como as desigualdades nas condições de vida e nas relações sociais entre homens e mulheres interferiam no processo saúde-doença de forma diferenciada, o que favoreceu a discussão sobre a relação entre a construção social de gênero e a saúde, bem como a proposição de um novo modelo de assistência, que considerasse tais diferenças, objetivasse um cuidado integral e incorporasse o enfoque de gênero e a vulnerabilidade feminina frente ao processo saúde-doença. Após a consolidação do SUS, tais considerações fizeram parte das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004.

Embora se identifique os princípios da integralidade da atenção e da ampliação do conceito saúde-doença como orientadores do SUS, e conseqüentemente da RP e da PNAISM, não se pode negar a existência de grandes impasses para operacionalização de uma rede de cuidados psicossociais, a qual compreende que “a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda” (BRASIL, 2011 p.9), além de outras variáveis singulares de diferentes grupos sociais que podem interferir na sua vulnerabilidade para o adoecimento.

1.1 Reforma Psiquiátrica e os desafios para o cuidado da população usuária de álcool e drogas

Historicamente, as questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas foram abordadas sob uma perspectiva exclusivamente biomédica no campo da psiquiatria. Por isso, a atenção psiquiátrica esteve centrada nas intervenções medicamentosas e na separação dos usuários de seu convívio social. Nenhum foco era dado para as ações de prevenção e

promoção de saúde, além de uma cultura de combate às drogas, que não contemplavam o uso de álcool e tabaco, que são substâncias de consumo legalizado no Brasil.

Esse quadro de exclusão social e a ausência de cuidados voltados para as pessoas que sofrem de transtornos mentais foram determinantes para a reversão do modelo assistencial, preconizada pela lei da RP em 2001. Esta lei enfatiza e ratifica as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental, inclusive aos que apresentam sofrimento relacionado ao do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência integral em saúde, valorizando a descentralização do modelo de atendimento e a configuração de redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população, tendo em vista o seu território e o caráter multifatorial envolvido com o uso problemático de substâncias (BRASIL, 2004a).

A partir destas considerações da RP, o sistema de saúde brasileiro precisou organizar e fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, tendo como ênfase a reabilitação e reinserção social de indivíduos antes segregados nos manicômios ou hospícios, além de considerar ações que evitassem a institucionalização de novos casos, bem como o desenvolvimento de políticas de prevenção ao adoecimento psíquico.

Neste contexto, a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas passa ser priorizada em dispositivos extra-hospitalares interligados a uma rede serviços de saúde, que objetivam o cuidado integral e consideram os multifatores envolvidos com o processo saúde-doença mental e uso abusivo de drogas.

O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, aponta à necessidade prioritária de se construir uma rede de atenção integral em saúde mental, que tenha como pressuposto a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Este relatório indica também a importância da integração da política de saúde mental com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania, bem como a necessidade de normatização de atenção voltada aos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas (BRASIL, 2002a).

Em 2002, a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Aqui território é entendido como espaço produtor de saúde ou de sofrimento, pois é neste espaço que ocorre o convívio social e a produção de vida das pessoas, por isso é neste

ambiente que se deve desenvolver ou resgatar potencialidades para a produção de saúde (BRASIL, 2002b).

É no território que as estratégias de ações e interações comunitárias ocorrem. E a comunidade em si (indivíduos, familiares, organismos públicos e privados, laços afetivos e sociais) se constitui como recurso de produção de sentidos para a vida dos sujeitos (SARACENO, 2011).

A criação dos CAPS determina diferentes modalidades de serviços, com diferentes níveis de complexidade, que consideram o território onde será estabelecido, principalmente a partir da população habitante. Tais serviços são administrados pelo Poder Público Municipal, e sua maior ou menor complexidade está relacionada ao tamanho da população adstrita. Dentro destes diferentes níveis de complexidade, o CAPS ad II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Estes serviços organizam seu funcionamento baseados no conceito de território e rede, e na lógica ampliada de redução de danos, tendo como função a procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, considerando o meio cultural da comunidade em que estão inseridos, criando interlocuções com as equipes de atenção básica, atendendo aos indivíduos, sua família e a comunidade (BRASIL, 2004a). Eles se fortalecem ampliando o olhar, que antes da RP era focado na remissão da doença, e passa a percepção de que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública.

Ainda em 2002, com a abertura dos CAPS ad II, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria 816 (BRASIL, 2002c).

Em 2004, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico relacionado a questões de uso abusivo de álcool e drogas, o Ministério da Saúde apresenta as suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, amplia a abertura de novos CAPS ad II no território nacional, cria o programa de redução de danos, que não compreende a abstinência do usuário como única forma de tratamento eficaz, e traz à discussão a necessidades de ações intersetoriais, pois considera que o uso de álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento (BRASIL, 2004a).

Em 2005, tais diretrizes são incorporadas à Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD). Essa política orienta-se pelo princípio da corresponsabilização entre saúde, segurança e outros setores, para criação de estratégias de cooperação mútua que envolva toda a sociedade civil, inclusive a iniciativa privada, com o objetivo de descentralizar as ações sobre drogas no país (BRASIL, 2008).

Dentre os avanços desta política, destaca-se o reconhecimento das diferenças entre a pessoa em uso indevido e o traficante de drogas, derrubando uma grande barreira para a captação destes cidadãos pelos serviços de saúde, pois trata de forma igualitária as pessoas usuárias de drogas lícitas ou ilícitas. Além deste avanço, destaca-se também a importância das medidas preventivas para o uso.

Em 2006, a Lei nº 11.343 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional de Álcool e Drogas e com os compromissos internacionais assumidos pelo país.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD) para ser executado no biênio de 2009-2011. Este plano levava em consideração apontamentos epidemiológicos que revelavam a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool e cocaína (tanto na forma de pó, como nas formas preparadas para uso fumado como a merla e o crack).

O crescente consumo do crack ocorre desde a década de 1990, e segundo Cruz, Vargens e Ramôa (2011), no Brasil o consumo cresceu principalmente entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, e constitui um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas.

Neste novo cenário epidemiológico, o uso de psicoativos de prescrição médica, sobretudo os benzodiazepínicos e os anorexígenos, também aparece como preocupação relevante, principalmente entre as mulheres. Além de outros tipos de drogas, do tipo sintéticas como o ecstasy, que têm uso crescente entre jovens urbanos.

O PEAD aponta a necessidade de fortalecimento urgente da rede pública de saúde mental, bem como intervenções efetivas na atenção primária. Também reforça a importância de retaguarda de leitos de internação em hospitais gerais e emergências, trazendo novamente para o ambiente hospitalar a responsabilidade de cuidado aos usuários de drogas, resgatando um modelo já antes debatido e rejeitado, que tem como ação preponderante o cuidado do

sintoma ou da doença, em detrimento de aspectos de liberdade e da cidadania do sujeito, e do conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2009).

É importante considerar que o consumo de crack cresce entre moradores de ruas, então se ressalta que esta população está em constante situação de vulnerabilidade, não somente por usarem o crack, mas por estar em espaço favorável à vulnerabilidade.

A participação de instituições e iniciativas que emergem da sociedade civil para o enfrentamento ao crack, também é colocada como ação emergencial no PEAD, o que é reforçado por uma necessidade intensa e radical, já que o crack afeta a sociedade como um todo. Neste ponto as ações de saúde deixam de ser vistas como um direito do cidadão, e passam a ser percebidas como ações de proteção social, o que nos retoma a periculosidade da loucura, antes da consolidação do SUS e da RP (BRASIL, 2009).

No ano de 2010, o Presidente da República institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que abre para entidades privadas sem fins lucrativos a administração de unidades de saúde que visam à assistência aos usuários de crack (BRASIL, 2010).

Em janeiro de 2012, a Portaria GM nº 130 do Ministério da Saúde redefine o CAPS ad II para CAPS ad III, que continua destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

O CAPS ad III poderá atender adultos, adolescentes e crianças, conjunta ou separadamente, e deverá elaborar, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais.

O acesso aos leitos de acolhimento noturno deve estar baseado em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros. E deve funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Ao mesmo tempo em que há incentivo para ampliação dos CAPS ad III, a Portaria Ministerial nº148, de janeiro de 2012, instituiu incentivos financeiros de investimento e de

custeio, aberto também à participação de instituições privadas, para fortalecimento de uma rede hospitalar de atenção psicossocial, com serviço de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Essa decisão de hospitalização dos dependentes de álcool e drogas constitui uma contradição com os princípios da RP. O recolhimento e a internação compulsória de usuários de crack em situação de rua assumem um ponto central da discussão. O antagonismo existente entre o cuidado voltado para o indivíduo usuário de substâncias e o foco nos problemas sociais decorrentes do uso de substâncias, acontece não só relativamente ao crack, mas também para outras drogas.

Segundo Vasconcelos (2012), este modelo biomédico vem sendo reforçado pelos novos avanços tecnológicos e farmacológicos, e também pela alta visibilidade social dos dramas relacionados ao uso do crack pela população moradora de rua. O autor também ressalta que esta conjuntura está relacionada com a política econômica neoliberal, que fortalece o fluxo capitalista de movimentação financeira, dificulta a operacionalização do SUS, representando desafios que se opõem às construções desejadas pela reforma sanitária e RP.

Para Saraceno (2011, p.95) a adoção do modelo biomédico no campo do sofrimento mental reforça um paradigma linear positivista, do determinismo, que pretende simplificar o sofrimento e dar respostas simples a demandas cuja formulação simples foi artificialmente induzida.

1.2 Política de Saúde da Mulher e os desafios para o cuidado de usuárias de álcool e drogas

Assim como na assistência aos usuários de álcool e drogas, a saúde da mulher também é influenciada pelo modelo biomédico, com enfoque importante na fase reprodutiva e no cuidado à criança. Este modelo foi criticado pelo Movimento Feminista Brasileiro, por apresentar uma visão limitada sobre a mulher e restringir as ações de saúde ao ciclo gravídico-puerperal.

As mudanças ocorridas no campo de atenção à saúde da mulher, culminando com a implantação da Política PNAISM em 2004.

Esta política agrega o enfoque de gênero à saúde da mulher, abandonando concepções que englobavam apenas os aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino, pois incorpora a concepção de que mulheres apresentam vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero. Portanto, estão expostas a padrões de sofrimento, adoecimento e morte distintos dos homens. A PNAISM considera que as relações de gênero interferem também para o sofrimento e adoecimento mental (BRASIL, 2004b).

Para se consolidar a construção do cuidado integral à saúde das mulheres, é necessário o estabelecimento de uma comunicação transversal entre as diversas áreas de cuidado, inclusive a saúde da mulher e a atenção psicossocial a álcool e drogas. Portanto, percebe-se uma tentativa de aproximação transversal na PNAD de 2005.

O capítulo I desta Política (PNAD), que aborda a prevenção para o consumo de substâncias, determina que as campanhas educativas e preventivas sobre drogas devem considerar as diferenças de gênero na sua formulação. Esta política também considera que as diferenças de gênero devem ser avaliadas nas pesquisas nacionais sobre uso de drogas e suas consequências. Porém, não há nenhuma menção das especificidades de gênero na prática do cuidado aos usuários de substâncias, embora o PNAISM tenha entre seus objetivos específicos a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres com o enfoque de gênero (BRASIL, 2004b, p.71; BRASIL, 2011a).

Segundo Pedroso e Vieira (2009), transversalizar é colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano, desestabilizando fronteiras dos saberes que são instituídas nas relações de trabalho, que fragmentam a rede assistencial e dificultam a integralidade de ações.

O cuidado transversal se expressa na produção de saúde e de subjetividade a partir de uma concepção multifacetada de um sujeito complexo. Ele é um dos princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), instituída em 2003.

A PNH apresenta como estratégia de fortalecimento da transversalidade o conceito de clínica ampliada, que tem como pressupostos o compromisso radical e ético com o sujeito visto de modo singular; a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a busca de ajuda em outros setores, a fim de atender as necessidades reais destes indivíduos. Para isso, a PNH propõe a formação de equipe responsável, ou de referência, e apoio matricial de várias áreas, com o objetivo de favorecer a transversalização do cuidado (BRASIL, 2004d).

Esta equipe deve facilitar o vínculo entre o grupo de profissionais e os usuários, bem como contar com o apoio matricial de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para

compartilhar práticas e saberes em saúde através de discussões e intervenções conjuntas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes.

Apesar de todos os progressos históricos, o cuidado oferecido nos serviços de saúde ainda é fragmentado, comprometendo a transversalidade. As falhas na comunicação entre os diversos serviços de saúde que atendem a mulheres com sofrimento psíquico e transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas se constituem como desafio para a prática integral do cuidado.

Os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizadas pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) nos anos de 2001 e 2005, apontam um percentual crescente do uso de crack e cocaína, assim como das demais drogas no Brasil. No que diz respeito ao sexo, os homens apresentam predomínio de consumo de crack e cocaína. No levantamento de 2001, a taxa de dependentes de crack no Brasil foi de 0,4% e entre os homens prevalência foi de 0,7%. Nas mulheres esta taxa foi de 0,2%. Em 2005, o percentual de mulheres que fazem o consumo de crack permaneceu estável e o de homens aumentou para 1,5%. Este aumento elevou a taxa de dependentes de crack no Brasil para 0,7% da população (OBID, 2005).

Em 2013, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça divulgou o resultado da pesquisa “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil”, que apontou que 78,7% dos usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino (OBID, 2013).

O atual relatório mundial sobre drogas da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013) aponta que o uso de drogas ilícitas continua a por em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo, e que apesar do uso de cocaína e seus derivados (crack, merla) ter diminuído ou se mantido estável na maioria dos países sul-americanos, houve um aumento substancial no Brasil.

O levantamento para populações específicas (OBID, 2005) revela que é comum a associação entre crack, mulheres e prostituição. Apesar do uso de cocaína por prostitutas datar desde os primeiros anos da disseminação da droga, o maior foco de interesse científico por esse assunto no mundo surgiu na década de 1980 com o aparecimento da epidemia de crack nos Estados Unidos. Este levantamento destaca como relevante para o cuidado à saúde da mulher a prática de sexo inseguro, que torna as usuárias de crack um grupo importante de risco em relação às DST/AIDS, além da geração de prole indesejável.

A despeito dos avanços das propostas de cuidado integral e transversal da PNAISM, a hegemonia do modelo biomédico faz com que o olhar para a problemática do uso de substâncias por mulheres ainda seja pouco abordada na construção de políticas públicas de saúde, e quando abordada ainda permanece restrita ao controle de DST/AIDS e às questões relacionadas com a reprodução.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A CATEGORIA GÊNERO

A socióloga Joan Scott (1998) estabelece a conexão entre gênero e história. A autora assinala que compreender o gênero na história é saber a respeito das diferenças sexuais produzidas pelas culturas e sociedades, ou seja, nas relações entre homens e mulheres. Estas relações assumem significados a partir da disputa de dominância construída entre o sexo feminino e masculino ao longo da história.

Gênero compreende a organização social acerca da diferença sexual e a história destas sociedades produz saberes sobre estas diferenças. Para Scott (1998), as representações históricas do passado ajudam a construir o gênero no presente.

A história do gênero feminino ratifica a situação de marginalidade da mulher no presente, pois os significados subjetivos e coletivos atribuídos a homens e mulheres na história são invocados nas vivências e experiências presentes.

Gênero é uma categoria que revela sistemas de privilégios para o exercício de poder, nas relações estabelecidas entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres, nas quais historicamente a mulher ocupa uma posição de subalternidade (BERNARDO, 2007).

A construção de gênero abarca o sentido de que sujeitos sociais são constituídos cotidianamente por um conjunto de significados impregnados por conceitos normativos e institucionais, de subjetividades sexuadas e por valores culturais que atribuem a homens e mulheres um lugar diferenciado no mundo (SCOTT, 1998).

O conceito de gênero culturalmente construído é distinto do de sexo, que é naturalmente adquirido. As teorias feministas inicialmente se basearam nesta diferença para questionar a associação natural do feminino com fragilidade ou submissão (RODRIGUES, 2005). É através da cultura que definimos o que é e o que não é natural. A cultura produz e transforma a natureza e a biologia dentro de um tempo histórico, ou seja, é através da cultura e na história que os corpos ganham sentido socialmente. A categoria gênero — feminino ou masculino — é inscrita nos corpos com as marcas de uma determinada cultura (LOURO, 2008).

Os modos de compreender e atribuir sentido aos processos de relações entre homens e mulheres sofreram grandes disputas no campo teórico e intelectual. Porém, o ponto de concordância de variadas perspectivas é que não é o momento do nascimento e da nomeação

de um corpo como macho ou como fêmea, que faz deste um sujeito masculino ou feminino. A construção do gênero e da sexualidade dá-se ao longo de toda a vida (LOURO, 2000, p.18).

Farah (2004) aponta que diferentes formas de se interpretar o conceito de gênero surgiram desde sua incorporação na produção acadêmica sobre mulheres. A autora pontua que a interpretação mais utilizada é do feminismo da diferença, cujas diferenças de gênero são a base conceitual.

Para Louro (2008), se é no âmbito da cultura e da história que se define identidade de gênero, esta se assume um caráter fragmentado, instável, histórico e plural, afirmado pelos teóricos e teóricas culturais. Salles (2010, p. 69) apoia tal afirmação, quando ressalta que gênero é um conceito constantemente redefinido e moldado por indivíduos em situações históricas e singulares nas quais eles se encontram.

Heilborn (2003) considera que as análises em sociologia da saúde focalizaram as desigualdades de classe social como a principal explicação para as diferenças nas formas de adoecimento e de cuidado com o corpo. Neste sentido, o tema das relações de gênero introduz outras formas de se perceber o processo saúde-doença, pois este processo afeta homens e mulheres de maneira diferenciada. As relações de gênero tornaram esse campo de estudos mais complexo, já que as diferenças de classe se combinam com outras formas de desigualdades, como as diferenças existentes entre homens e mulheres.

Para a sociologia, gênero se refere à construção social do sexo. Onde a palavra sexo designa a caracterização biológica dos seres humanos, e gênero distingue a dimensão biológica da dimensão social. Enquanto que a biologia distingue macho e fêmea, o homem e a mulher só existem em uma realidade social (HEILBORN, 2003).

A autora prossegue na sua análise afirmando que para a antropologia é próprio da condição de seres humanos a capacitação cultural como essencial à sobrevivência. É a cultura que humaniza a espécie, e é fraca a determinação da natureza na definição de comportamentos sociais. No pensamento antropológico, a espécie humana é essencialmente dependente da socialização.

Ao pensar o processo saúde-doença, a antropologia traz a contribuição de que doença e saúde não estão reduzidas à evidência orgânica, pois estão relacionadas com a vivência cultural das sociedades. O corpo social é que interfere na forma como o corpo físico é percebido (MINAYO, 2006).

No campo da saúde, durante muito tempo as diferenças entre homens e mulheres no processo saúde-doença foram baseadas na biologia. A partir de 1960, o movimento feminista

agregou o conceito de gênero nas discussões de saúde, embora a ideia de que as diferenças entre os sexos iam além das biológicas, já era discutida por Durkheim e Freud desde o fim do século XIX (BARBOSA, 2011). Na atualidade, o enfoque de gênero tem sido considerado importante nos estudos da área de saúde.

A ênfase dada pelo campo da saúde ao caráter histórico, social e cultural de gênero não significa que ele não se constrói a partir de corpos sexuados. A discussão de gênero em saúde não nega a importância do corpo (MEYER, 2004). Porém, saber que sujeitos sociais estão sendo constituídos cotidianamente por um conjunto de significados e subjetividades, faz-nos compreender porque homens e mulheres reagem de formas diferentes a estímulos semelhantes. Por isso, ainda que partilhem de experiências de saúde-doença ou do sofrimento mental, as vivenciam de forma diferente devido à dimensão que constitui a experiência de gênero (LIMA, BRAGA e GUBERT, 2010).

O enfoque de gênero no processo de saúde e da doença mental tem como base o fato de que homens e mulheres não se diferenciam apenas biologicamente, e que as diferenças que se encontram no plano social foram construídas através da história.

As desigualdades nas relações de gênero transparecem uma assimetria entre homens e mulheres, na forma como estabelecem suas relações sociais. Conseqüentemente a formação de subjetividades resulta desta posição distinta entre homens e mulheres (SANTOS, 2008).

As relações de gênero interferem na expressão da saúde mental, que é compreendida como estado de bem-estar, em que o indivíduo percebe as próprias habilidades, sendo capaz de lidar com os estresses normais da vida, e de tomar atitudes autônomas e saudáveis em seu contexto de vida, promovendo satisfação cognitiva e emocional (OMS, 2001; OLIVEIRA, 2008).

Para Bernardo (2007), as transformações que têm ocorrido no mundo contemporâneo, a partir da crescente inserção de mulheres no mercado de trabalho, interferem na identidade social da mulher e do homem. No entanto, as mulheres continuam em uma posição social inferior e sofrendo discriminação quando realizam funções e atividades que são historicamente desempenhadas por homens. Ainda segundo a autora, tal fenômeno também ocorre na problemática das drogas, que culturalmente a dependência e o uso estão mais associados aos homens, provocando maior cobrança moral para as mulheres.

Salles (2010) aponta que mulheres estão em desvantagem em relação aos homens, devido ao fato de ser esperado que elas cuidem emocionalmente de seus filhos e família. Portanto, se o uso de crack e cocaína ferem os padrões sociais e de conduta moral para as

mulheres, ele se torna uma infração ainda maior, que não combina com a docilidade e a responsabilidade socialmente esperadas como atributos femininos. Desta forma, podemos inferir que mulheres usuárias de substâncias sofrem duplamente com a reprovação social, por serem mulheres e usuárias destas drogas.

2.1 O cuidado psicossocial e as questões de gênero

O termo atenção psicossocial passou a ser utilizado no Brasil a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992. Esta conferência teve como marco conceitual o cuidado integral e a cidadania, e apresentou a compreensão de que a condição de saúde e doença mental resulta de uma associação complexa e indissociável de condicionamentos biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, o cuidado em saúde mental deve ser estruturalmente interdisciplinar e agregar cooperações das áreas das ciências humanas e sociais (OLIVEIRA, 2006).

A rede de atenção psicossocial deve ser operacionalizada de forma integrada, articulada nos diferentes níveis de complexidade para atender as pessoas com demandas decorrentes dos transtornos mentais e do consumo de álcool, crack e outras drogas, em que a lógica do cuidado é centrada nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011).

Práticas de atenção psicossocial são ações de cuidado que se estruturam a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença mental, que remetem a uma realidade biopsicossocial histórica e concreta (OLIVEIRA, 2006).

A atenção psicossocial aos usuários de substâncias psicoativas estimula a autonomia e o empoderamento dos indivíduos para o exercício da cidadania, a fim de habilitar ou reabilitar a viverem com suas limitações e potencialidades, auxiliando-os a construir caminhos singulares a fim de se atingir uma vida mais saudável ou com menos sofrimento.

Os CAPS são dispositivos indispensáveis a esta organização para o cuidado, e possui como característica a integração de usuários e familiares a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004c).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), ao analisar as origens do termo psicossocial, apontam que a utilização do termo tem sido exaustivamente utilizada em associação com as

palavras reabilitação, apoio e atenção. Entretanto, neste trabalho utilizo a expressão cuidado psicossocial.

A utilização do termo cuidado, embora também possa se relacionar a um espaço privado e cotidiano, para o exercício da enfermagem se constitui como prática complexa que caracteriza a própria profissão.

Ayres (2004) refere que cuidado apresenta-se como uma conformação humanizada do ato assistencial, e distingue-se de aplicações e procedimentos técnico-científicos, embora os possam incluir.

Ainda que as ideias e formulações sobre cuidado sejam muito anteriores, a discussão de cuidado como objeto de estudo de uma profissão surge com a enfermagem moderna. Através da enfermagem moderna, o cuidado ganhou especificidades de profissão, e passou a ser reconhecido como atividade que requer formação especial, com produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional (PIRES, 2009).

Pires (2009) diz que o cuidado tem sido tema de estudo de filósofos, de historiadores e de antropólogos, mas é na Enfermagem que o cuidado assume a centralidade epistêmica da profissão e aquela que mais tem produzido conhecimentos sobre as diversas dimensões do cuidado. A demanda por cuidado psicossocial requer ações profissionais interdisciplinares. Portanto, não se pode dizer que a enfermagem é a única que cuida, mas ela é a única disciplina científica que coloca o cuidado como cerne do seu desenvolvimento profissional.

Tendo em vista as contribuições a que se propõe esta investigação, a utilização da expressão “cuidado psicossocial” compreende que este se caracteriza por práticas interdisciplinares, baseadas nas ciências biológica, humanas e sociais, que objetivam a promoção de conforto e bem estar psicossocial de mulheres que sofrem mentalmente e fisicamente em decorrência do uso de crack e cocaína.

A Portaria Ministerial número 3088, de 23 de Dezembro 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tal portaria aponta que a atenção psicossocial fundamenta-se no respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

A elaboração de projeto terapêutico singular fundamenta-se na compreensão de que o processo de adoecimento está vinculado à história de vida do indivíduo, de sua família e da sociedade em que se insere (COSTA, 2004). Assim sendo, o cuidado psicossocial singular

considera a história de vida dos sujeitos, em seu contexto econômico, social e cultural, e sua estrutura psicológica, que inclui suas crenças e valores.

Ao pensarmos na elaboração de projeto terapêutico singular para uma usuária de crack e cocaína, não há como fazê-lo dissociado das questões de gênero. Se gênero é uma construção histórica, social e cultural, é necessário que este projeto terapêutico considere as influências das questões de gênero no processo de saúde-doença das mulheres.

Bernardo (2007) considera que o cuidado destinado à recuperação da dependência química possui particularidades diferenciadas entre homens e mulheres, que inclui formas distintas de como buscam o cuidado e como são inseridos nos serviços de saúde. Para a autora, as mulheres sofrem pressões provenientes da reprovação social para a transgressão de condutas morais que são socialmente construídas, o que caracteriza uma barreira para que assumam o uso de drogas indevidas e busquem atendimento.

Santos (2003), ao analisar as representações sociais sobre drogas e uso de drogas entre as mulheres e os homens, identificou que as representações do uso de drogas por mulheres são estigmatizantes e podem causar vulnerabilidade para as DST/AIDS, uma vez que as problemáticas específicas do grupo feminino são menos valorizadas e consideradas no processo terapêutico em comparação com os homens, que são os principais usuários e, portanto, os que assumem maior relevância no planejamento e implementação das ações de saúde mental a partir de uma perspectiva estritamente epidemiológica.

O modo positivista pelo qual são produzidos dados objetivos em saúde faz com que se elaborem políticas públicas para o que é epidemiologicamente relevante. Portanto, as questões de gênero no cuidado psicossocial são pouco consideradas na elaboração de políticas públicas de saúde, apesar de serem indispensáveis para que se desenvolvam práticas singulares de cuidado integral.

3 METODOLOGIA

O objeto de estudo proposto impõe um percurso investigativo qualitativo que envolve um contexto social dinâmico e complexo relacionado ao gênero e ao cuidado à saúde mental. Assim sendo, optou-se pela pesquisa qualitativa, que é utilizada para desvelar processos sociais ou acessar áreas da vida social que não estão abertas à pesquisa quantitativa (POPE e MAYS 2009, p. 16).

Os problemas vivenciados cotidianamente não apresentam soluções contempladas apenas no modelo positivista, já que a realidade social possui dimensões que são qualitativas. Captar tais dimensões pressupõe o uso de métodos que busquem a subjetividade (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR, 2012).

A pesquisa qualitativa investiga a subjetividade e não se preocupa em quantificar fenômenos, mas sim em compreendê-los a partir dos meandros das relações sociais em que ocorrem, incorporando questões do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, que são compreendidas como construções humanas significativas (MINAYO, 2004, p.10). Ela busca compreender a realidade humana, que é vivida socialmente e a compreensão subjetiva que as pessoas têm desta realidade.

Pereira (2004) assinala que um fenômeno qualitativo extrapola os limites das compreensões e enunciações numéricas, por isso a abordagem qualitativa possibilita uma aproximação com o objeto de forma a esmiuçar o modo como este objeto é construído e percebido pelas pessoas.

3.1 Cenário da Pesquisa

O CAPS ad utilizado como cenário desta pesquisa situa-se no Município de Duque de Caxias, Baixada Fluminense, Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, com uma população estimada, pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, de 873.921 residentes em 2013. O município de Duque de Caxias está classificado com um índice de médio desenvolvimento humano (0,753), ocupando a 52ª posição no critério do IDH estadual (SEBRAE, 2011).

Este CAPS ad II é o único nesse município responsável por atender às necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas dos residentes dos 04 distritos de saúde existentes nesse município. Cabe ressaltar que, durante o período de coleta de dados, o serviço encontrava-se mobilizado para algumas transformações administrativas, que incluía a mudança da sede e a transformação de sua natureza administrativa para um CAPS ad III. Porém tais mudanças ocorreram após o período da coleta de dados.

Como estratégia de entrada no cenário da pesquisa, seguimos os seguintes passos: reunião com a direção do serviço e a coordenação de saúde mental do município para apresentação da proposta de pesquisa e seus objetivos e obtenção da autorização para realização da mesma.

Após receber a autorização destas instâncias gerenciais, o projeto de pesquisa foi apresentado aos profissionais do CAPS ad durante a reunião de equipe que ocorre semanalmente. Também, nesta oportunidade, foram identificados os profissionais que cuidam de mulheres usuárias de crack e cocaína, potenciais participantes da pesquisa.

O serviço foi inaugurado em 2009, tendo 05 anos de existência, atendendo aos usuários de álcool e drogas. Ele localiza-se no centro da cidade, o que favorece o acesso viário de todos os distritos do município. No entanto, por ser um município de grande expansão geográfica, faz com que este CAPS ad II seja distante para os moradores do 3º e 4º distrito principalmente.

O CAPS ad II encontra-se instalado em uma residência alugada pela Secretaria Municipal de Saúde, que tem três andares. No primeiro andar encontra-se a recepção em um ambiente pequeno com cadeiras e televisor, para os usuários, familiares e comunidade. Após a recepção, temos um pequeno espaço para convivência que dá acesso a um banheiro para os usuários; uma sala de arquivo de prontuários; uma farmácia para dispensação de medicamentos; quatro consultórios para atendimentos individuais e às famílias e a escada que dá acesso para o segundo andar.

O segundo andar dispõe de um banheiro para os funcionários, uma copa (onde as refeições são disponibilizadas para os usuários), um consultório para atendimentos individuais e às famílias, uma sala para a equipe técnica e direção do serviço e uma sala de reuniões ampla, onde ocorrem os atendimentos em grupo, as oficinas terapêuticas e as reuniões de equipe. As refeições para os usuários também são oferecidas nesta sala de reuniões, que dispõe de mesas e cadeiras.

No terceiro andar há uma sala que comporta a equipe do Consultório de Rua, que é outro serviço da Rede de Atenção Psicossocial; um banheiro com chuveiro para os usuários e um amplo terraço, que é utilizado para atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, confraternizações e convivência.

A partir dessa descrição, observou-se que o serviço possui a organização espacial para realizar todas as atividades propostas pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que são: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; atendimento à família; oferta de refeições para os usuários; atendimento de desintoxicação.

O serviço funciona das 8 às 17 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, e oferece atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares e atendimento à família. Os usuários assistidos recebem refeições de acordo com seus projetos terapêuticos e turnos de permanência no serviço durante o dia, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Para atender aos usuários inscritos no cenário de pesquisa, a equipe profissional é composta por 03 Médicos Psiquiatras, 01 Enfermeira sem formação em Saúde Mental, 02 Médicos Clínicos, 09 profissionais de nível superior dentre as categorias de Psicólogo (04), Assistente Social (04 – sendo que uma exerce a função de Coordenação Técnica), Terapeuta Ocupacional (01), Médico Neurologista (01) e Farmacêutico (01 – que exerce a função de Coordenação Administrativa). Também dispõe de profissionais de nível fundamental: 03 auxiliares de enfermagem e 01 artesã. Além destes profissionais, o CAPS ad conta com a participação de mais 01 Psicóloga, que embora não seja lotada neste serviço, atua como interlocutora com a equipe do Consultório de Rua, outro serviço da Rede de Atenção Psicossocial, destinado ao cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao álcool e drogas em situação de rua, totalizando um total de 20 profissionais (16 de nível superior e 04 de nível fundamental).

O CAPS é um serviço de portas abertas, atende a demanda espontânea que chega ao serviço, bem como pessoas e familiares encaminhados por outros serviços da Rede de Saúde e da Assistência Social, inclusive do nível comunitário.

Quando o indivíduo ou familiar chega ao serviço, são acolhidos com objetivo de compreender a situação de forma mais abrangente possível. Lembramos que o acolhimento aqui é entendido como “*oferta de escuta humanizada direcionada para além da demanda apresentada pelo usuário*” (BOCCARDO, 2011, p.89), a fim de identificar as necessidades de saúde apresentadas e construir o projeto terapêutico singular.

Ao examinar as estatísticas mensais de atendimento do serviço, verificou-se que o serviço tinha 300 pacientes em acompanhamento no início do ano de 2013. No primeiro semestre, o CAPS admitiu em média 46 novos casos por mês, mantendo-se com o quantitativo de 317 pacientes em acompanhamento psicossocial neste semestre. No segundo semestre deste mesmo ano, a média de admissão mensal foi de 57 casos novos e passou a ter 406 pacientes em acompanhamento. Portanto, neste ano, a média mensal de admissão foi de 52 casos novos, mantendo-se a média de 361 pacientes assistidos neste dispositivo de saúde.

A partir desses dados, observou-se que apesar da média de novas admissões ter aumentado, a média de casos acompanhados não aumentou proporcionalmente, o que sugere que houve usuários que não permaneceram em acompanhamento na instituição, ou seja, há uma porta de saída no serviço. Não há informações que nos permitam inferir se tal fato esteja relacionado com alta, transferência ou abandono do tratamento por parte dos usuários.

Embora nesta pesquisa, nosso objetivo esteja relacionado às mulheres usuárias de crack e cocaína, não encontramos, no serviço, estatísticas que diferenciem os atendimentos por sexo/gênero. Também não encontramos diferenciação por tipo de droga utilizada. Esta última informação é coerente com as políticas de atenção vigentes, que têm o foco na pessoa e não no tipo de substância de consumo.

Por esse motivo foi necessário realizar levantamento no setor de prontuários do serviço, onde todos os prontuários ativos foram avaliados. Nestes, verificou-se a existência de 158 prontuários de mulheres. Dentre esta totalidade de prontuários ativos de mulheres, 113 registram o uso de crack/cocaína.

3.2 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que compõem a equipe de cuidado psicossocial das mulheres usuárias de crack e cocaína e que tinham pelo menos um ano de experiência profissional no cuidado ao dependente de crack e cocaína. Tal critério foi estabelecido para incluir na pesquisa os profissionais familiarizados com o cuidado a este tipo de clientela, visto que suas experiências vivenciadas são os subsídios para a compreensão e a análise do fenômeno de pesquisa e, deste modo, possibilitou atender os objetivos propostos.

Três membros da equipe foram excluídos da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão: um profissional possuía menos de 01 ano de experiência profissional no cuidado ao dependente químico de crack e cocaína; um não atendia a clientela feminina e outro se encontrava de licença médica durante o período da coleta de dados.

Considerando estas três exclusões, participaram da pesquisa 17 profissionais. A maioria desses participantes é profissional de saúde do sexo feminino (76,5%). Quanto à profissão, foram entrevistadas 04 assistentes sociais, 04 médicos, 04 psicólogos, 03 auxiliares de enfermagem, 01 terapeuta ocupacional e 01 farmacêutico, ou seja, 14 profissionais de nível superior e 03 de nível fundamental. As características socioprofissionais destes participantes podem ser visualizadas na Tabela 4, Apêndice D (p.105).

Para preservar o anonimato dos participantes, foi adotada a codificação da letra E para entrevistado, seguido do número de ordem da realização da entrevista, de 1 a 17, como E1, E2, E3, assim sucessivamente.

3.3 Coletas de dados: Triangulação de técnicas

A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2014. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: a) análise documental, que proporcionou a caracterização do cenário e análise dos registros dos cuidados descritos nos planos terapêuticos instituídos para as mulheres usuárias de cocaína/crack; b) observação sistemática nos espaços de cuidado (espaços de convivência, atendimentos em grupos) com registros em diário de campo e c) entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas.

Para a pesquisa documental, a direção do CAPS ad concedeu o acesso aos documentos institucionais: estatísticas oficiais do serviço, censo mensal de pacientes e prontuários ativos. A análise documental utilizou instrumento estruturado (ver apêndice A, p.101), que subsidiou a caracterização do cenário da pesquisa e a construção dos perfis sociodemográfico das usuárias, clínico e do cuidado psicossocial descritos no plano terapêutico das usuárias de crack e cocaína.

Durante a observação sistemática, foi utilizado um roteiro estruturado (apêndice B, p.103) orientador para a observação do cuidado prestado pelos profissionais na instituição e anotações em diários de campo sobre as ações, conversas, relações, comportamentos e expressões dos participantes que eram relacionados ao objeto de estudo. Nesta observação, o pesquisador não está simplesmente olhando e percebendo os fatos, mas observando com um olhar treinado em busca de acontecimentos específicos (QUEIROZ et al, 2007), que auxilia na fidedignidade da descrição da realidade empírica e da experiência dos sujeitos pesquisados (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR; 2012).

Após contato prévio com equipe multiprofissional, iniciou-se a observação sistemática a partir da inserção nos grupos terapêuticos para mulheres, que aconteciam duas vezes por semana, as segundas-feiras, de 10:30 às 11:30 horas, e as quartas feiras, de 09:30 as 11:00 horas. Inicialmente, os profissionais comunicaram às mulheres sobre a minha participação no grupo por um período específico, que ocorreu por um período de 05 semanas e resultou na construção de 10 anotações de diário de campo, perfazendo um total de 12 horas e 05 minutos de observação.

O conhecimento do cuidado individual, fora dos espaços grupais, se deu pela análise documental dos prontuários e pela entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde.

Nas entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturada, com perguntas fechadas destinadas à caracterização dos participantes e com perguntas abertas que intentavam favorecer a expressão livre do pensamento e a concepções dos participantes (ver apêndice C, p.104). Estas entrevistas foram agendadas previamente e gravadas em aparelho MP4. Foram realizadas 17 entrevistas, com duração média de 12 minutos cada.

A pesquisa atendeu os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/12 e obteve parecer favorável da Comissão COEP-SR2 da Universidade do Estado de Rio de Janeiro, número 628.205. Posteriormente, o projeto foi apreciado pelo CEP da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy, que ratificou a aprovação anterior por meio do parecer

658.9174. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice E, p.106).

3.4 Análise dos dados: Hermenêutica-Dialética

Para compreender os movimentos e as dimensões do fenômeno em investigação, optou-se pela Hermenêutica-Dialética. Este método de análise não é apenas uma tecnologia de interpretação de texto, mas se apresenta como um “caminho do pensamento”, onde há o encontro da ciência social e da filosofia (MINAYO, 2004, p.218).

A união da hermenêutica com a dialética possibilita o “caminhar no desvelamento do significado consensual daquilo que nos propomos interpretar e estabelece uma crítica acerca dos dissensos e das contradições dos significados e sobre as suas relações com o contexto” (MINAYO, 2012, p.99). Enquanto a hermenêutica busca interpretar e compreender os sentidos, a dialética infere críticas contextualizadas, a fim de compreendermos o dinamismo dos acontecimentos.

Na perspectiva de Gadamer, a hermenêutica compreende os sentidos por meio da comunicação e linguagem, que se situam em um tempo e espaço histórico, por isso sofre interferência desta historicidade, que condicionará inevitavelmente o contexto do analista (MINAYO, 2004, p.220).

A hermenêutica analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade (MINAYO, 2004, p. 221), rejeitando o objetivismo ingênuo que se pode extrair de uma fala, sem deixar de opor-se ao idealismo filosófico que afasta a verdade da práxis. Ela busca apreender a significação da fala ou manifestação simbólica a partir do conhecimento do contexto histórico e cultural em que o interlocutor se coloca (MINAYO, 2004).

A hermenêutica é a arte de se compreender o texto, onde nem sempre a linguagem é transparente em si mesma (MINAYO, 2002). Ela assume um caráter filosófico e dinâmico, visto que compreender implica em um processo intersubjetivo e ao mesmo tempo objetivo. Compreender só se transforma numa tarefa quando há algum estranhamento no entendimento.

Para a compreensão hermenêutica é necessário uma aproximação com a realidade histórica, para que não se torne uma mera contemplação. O sentido será sempre resultado do contexto (MINAYO, 2002).

A abordagem hermenêutica busca diferenças e semelhanças entre o contexto do pesquisador e dos sujeitos de sua pesquisa, busca entender os fatos refletindo sobre o contexto histórico; realizando julgamentos e produzindo considerações sobre os fatos, por isso o observado não é imparcial (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR; 2012).

Para a hermenêutica, a compreensão não é um procedimento puramente mecânico e técnico, pois “nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas.” (MINAYO, 2002, p.87), uma vez que cada indivíduo é uma manifestação do viver total, o que inclui o meio político-histórico, do qual ninguém é independente.

De modo semelhante, a dialética também traz em seu núcleo o contexto histórico das manifestações simbólicas. Para o pensamento dialético, a razão humana pode mais do que simplesmente compreender a realidade, ela é capaz de fazer a síntese dos processos compreensivos e críticos (MINAYO, 2002, p.101).

A dialética, que é a ciência e a arte do diálogo, do movimento contínuo da pergunta e da controvérsia, busca nos fatos os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles, compreendendo que a análise dos significados deve estar embasada nas práticas sociais, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR; 2012).

Segundo Minayo (2002), a dialética desvenda as relações múltiplas das coisas entre si; busca a contradição interna do fenômeno, revelando novos aspectos, correlações e aprofundamento do conhecimento humano.

A articulação entre hermenêutica e dialética é um caminho utilizado para fundamentar pesquisas qualitativas, pois questionam o tecnicismo em favor do intersubjetivismo, da compreensão e da crítica, buscando uma aproximação com o fenômeno investigada. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR; 2012).

A hermenêutica-dialética permite a compreensão dos dados de uma pesquisa como resultados de um processo social, onde o sujeito da pesquisa e o pesquisador integram um mesmo contexto político-histórico, portanto subsistem acordos e tensões, ou seja, ao mesmo tempo em que compreende, também contesta, superando os conceitos pré-concebidos.

Para a operacionalização do método, seguimos os passos propostos por Minayo (2004): a) a leitura e releitura exaustivas do material coletado; b) ordenação dos dados em um mapa vertical, c) classificação dos dados, através da descoberta dos núcleos de sentido e d) análise final, que propõe a triangulação do material empírico e do referencial teórico, surgindo então três categorias: Concepções dos profissionais sobre o cuidado psicossocial: centrado na pessoa e centrado na doença; As questões do gênero feminino e as usuárias de crack e cocaína; A condição feminina e suas influências no cuidado psicossocial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características das mulheres usuárias de cocaína e crack e do cuidado psicossocial no CAPS ad

A análise documental dos 113 prontuários que registravam o uso de crack e cocaína por mulheres foi realizada cuidadosamente a fim de subsidiar a caracterização da clientela feminina e a análise do cuidado prestado, tendo em vista que o cuidado psicossocial considera a história de vida dos sujeitos, em seu contexto econômico, social e cultural, e sua estrutura psicológica, promovendo o ser humano em toda a sua complexidade, oferecendo uma perspectiva em que a pessoa possa pensar a retomada da cidadania como um processo reabilitatório (COSTA, 2004; FARIA e SCHNEIDER, 2009).

Seguindo o roteiro de análise documental (Apêndice A, p.101), o item 02 do roteiro favoreceu a elaboração do Perfil Sociodemográfico das mulheres. A partir do item 3 se elaborou o Perfil Clínico, e a partir do item 4 descrevemos os cuidados prestados. Cabe ressaltar que as variáveis para os cuidados para os problemas sociais, para transtornos psíquicos, problemas clínicos, para o enfrentamento da dependência (manejo psicossocial), e para problemas específicos da saúde da mulher emergiram dos registros dos prontuários.

4.1.1 Perfil sociodemográfico

Os registros analisados mostram a predominância de mulheres adultas jovens com idade entre 20 a 34 anos (67, 59, 3%), sendo 63 solteiras (55,7%). As mulheres que possuem mais de 35 anos corresponderam a 31% (35). Esta faixa etária foi proporcionalmente maior que as adolescentes, que representaram 9,7% (11) das usuárias acompanhadas no CAPS ad. Portanto, 90,3% destas usuárias eram mulheres na idade adulta.

Sobre a situação de moradia, 71 mulheres (62,8%) residem com a família e 54 (47,8%) não tem ocupação laboral. Para aquelas que possuem ocupação laboral, em relação ao recebimento de outra fonte de renda, 44 mulheres (39%) dispõem do sustento familiar,

seguida da prostituição (14; 12,4%). Em 92% (104) dos prontuários não foi encontrado registro de envolvimento com a justiça. Mais da metade (63; 55,7%) destas mulheres possuem prole menor de idade. Este conjunto de dados pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro, maio de 2014. (continua)

Variável	N (113)	%
Faixa etária		
Abaixo de 15 anos	3	2,6
15 a 19 anos	8	7,1
20 a 24 anos	19	16,8
25 a 29 anos	24	21,2
30 a 34 anos	24	21,2
Acima de 35 anos	35	31
Situação conjugal		
Viúva	2	1,7
Casada	7	6,2
Divorciada/ Separada	13	11,5
União estável	28	24,7
Solteira	63	55,7
Moradia e habitação		
Mora sozinha	2	1,7
Abrigos/Albergues/instituições	4	3,5
Em situação de rua	8	7,1
Mora com cônjuge/parceiro	28	24,7
Mora com a família	71	62,8
Maior nível educacional alcançado		
Não alfabetizada	1	0,9
Ensino superior	1	0,9
Alfabetizada	4	3,5
Ensino médio	6	5,3
Ensino Fundamental II	16	14,1
Ensino fundamental I	26	23
Sem informação no prontuário	59	52,2
Ocupação		
Estudante	6	5,3
Sem informação no prontuário	6	5,3
Emprego formal	11	9,7
Emprego informal	17	15
Dona-de-casa/do lar	19	16,8
Sem ocupação	54	47,8
Outra fonte de renda		
Sem informação no prontuário	6	5,3
Não	43	38
Sim	64	56,6
Pensão por morte	2	1,7
Pedinte na rua	2	1,7
Bolsa Família	4	3,5
Envolvimento com a criminalidade (furtos, tráfico)	6	5,3
Prostituição	14	12,4
Sustento familiar	44	39

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro, maio de 2014. (conclusão)

Variável	N (113)	%
Envolvimento com a justiça		
Não	104	92
Sim	9	8
Prisão em regime aberto ou semiaberto	4	3,5
Luta Judicial pela guarda dos filhos	4	3,5
Sem informação do motivo	1	0,8
Existência de prole		
Não	37	34
Sim, Menor de idade	63	55,8
Sim, Maior de idade	20	17,7
Sim, Dependente para sustento	20	17,7

Fonte: Prontuários das usuárias. Arquivo do serviço do CAPS ad II.

Nesse perfil destaca-se que, apesar da maioria ter sido registrada com o estado civil de solteira, 63 dessas mulheres (55,8%) são mães e têm filhos menores, e 20 mulheres (17,7%) possuem filhos maiores de idade. Boa parte delas (54; 47,8%) não tem ocupação ou são donas de casa (19; 16,8%). Este perfil denota que estas mulheres têm fragilidade em sua autonomia financeira e a necessidade de manter-se dentro do núcleo familiar para ter seu próprio sustento e dos seus filhos. Outra característica a ser ressaltada é que 14 destas mulheres (12,4%) tinham como fonte de renda a prostituição, o que pode representar um fator de vulnerabilidade adicional para a saúde.

O fato de ter sido encontrado o sub-registro para o nível educacional, não permite fazer inferência sobre este dado. Mas, a pesquisa de Lima et. al. (2011) identificou que a maior proporção (47,0%) de mulheres drogaditas atendidas em um CAPS ad possuem escolaridade correspondente ao nível fundamental incompleto.

4.1.2 Perfil Clínico

Na análise das características clínicas das mulheres usuárias de cocaína e crack (Tabela 2, p.49), identificou-se que acesso ao atendimento no CAPS ad de 42 das mulheres (37,2%) foi por referência de outro serviço de saúde; 20 mulheres (17,7%) acessaram ao serviço por indicação de amigo ou familiar; e apenas 3 mulheres (2,6%) buscaram ao serviço

por iniciativa própria. O registro da participação da família no tratamento foi encontrado em 86 (76%) dos prontuários. Em 82 (75,6%) dos prontuários encontrou-se registro de outros agravos à saúde relacionados ao uso de cocaína e crack. Dentre estes agravos, 48 (42,5%) das usuárias apresentavam alterações psicóticas, e 23 (20,3%) apresentaram alterações do humor. Estimativas nacionais apontam que o percentual de transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas está entre de 6 a 8% da população, o que não representa a dimensão social dos problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2007b).

Em quase a totalidade dos prontuários (111; 98,3%) foi registrado o consumo de outras drogas concomitantemente ao uso de cocaína e crack, com predomínio da associação com o tabaco (77%), maconha (63%) e álcool (45,1%). O consumo de múltiplas drogas, em um curto período de tempo, e simultaneamente, tem-se tornado característica marcante do atual padrão compulsivo de uso, substituindo paulatinamente o uso exclusivo. (COSTA et al, 2012; OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Estudo realizado por Oliveira e Nappo no Estado de São Paulo (2008, p.668), revelou que as drogas associadas com mais frequência ao crack e cocaína foram álcool, maconha.

Embora 23 (20,3%) dos prontuários não apresentassem registro sobre a droga de primeiro uso, nos 90 prontuários (79,7%) que apresentavam este registro evidenciou-se que a maconha foi a que mais esteve relacionada com o primeiro consumo (41; 36,3%), seguida de álcool (21; 18,6%) e tabaco (13; 11,5%). Estes dados estão próximos dos levantamentos nacionais (OBID, 2005; OBID, 2013), que aponta a idade para média para início de consumo, onde aparece mais precocemente o tabaco, seguido do álcool e maconha respectivamente.

O período da adolescência esteve mais relacionado com o momento de início de uso de substâncias psicoativas, com predomínio da faixa de idade abaixo de 15 anos (49; 43,4%) e seguida da faixa etária entre 15 e 19 anos (34; 30%). Este período também foi aquele em que houve início do uso de crack e cocaína, sendo 23 (20,3%) abaixo de 15 anos de idade e 27 (23,9%) entre 15 e 19 anos. Oliveira, Bittencourt e Carmo (2008) chamam atenção para o número significativo de adolescentes que consomem drogas no país. Brusamarello et al (2010, p.768) aponta que o início do uso de drogas ocorre na adolescência, fase na qual indivíduos se tornam vulneráveis, na busca de encontrar seu papel dentro do círculo social em que está inserido, buscando a sua própria identidade, acaba se expondo aos perigos da drogadição, seja por estímulos de colegas, familiares, apelo publicitário, ou até mesmo pela curiosidade.

Sobre o padrão atual de uso destas substâncias, houve sub-registro em 41 (36,3%) dos prontuários. Aquelas que apresentavam uso diário de cocaína e crack são 31 mulheres (27,4%) e as abstinentes são 21(18,6%) das usuárias.

Tabela 2 - Perfil Clínico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro Rio de Janeiro, maio de 2014. (continua)

Variável	N= 113	%
Como chegou ao serviço		
Veio por iniciativa própria	3	2,6
Encaminhado compulsivo	7	6,2
Encaminhado por serviço comunitário/religioso	8	7,1
Encaminhado por serviço de assistência social	9	8
Indicado por amigo/familiar	20	17,7
Sem informação no prontuário	22	19,5
Encaminhado por serviço de saúde	42	37,2
Outros	2	1,7
Participação familiar no tratamento		
Não	27	24
Sim	86	76
Outro agravo à saúde relacionada ao uso do crack/cocaína		
Não	31	27,4
Sim	82	75,6
Especificar		
Transtornos ansiosos	9	8
Alterações Metabólicas e Nutricionais	12	10,6
Afecções do Aparelho Respiratório	14	12,4
Afecções do Aparelho Cardiovascular	14	12,4
Perturbações do Sono e Repouso	16	14,1
Desejo de morte e comportamento suicida	17	15
Alterações Comportamentais	18	16
Alterações do Humor	23	20,3
Outros	27	23,9
Alterações Psicóticas	48	42,5
Substâncias consumidas		
Só crack/cocaína	2	1,7
Associação com outras drogas	111	98,3
Especificar		
Droga Injetável	1	0,9
Drogas sintéticas (LSD, Ecstasy)	47	41,6
Inalantes e Solventes (Loló, Lança-perfume)	50	44,3
Álcool	51	45,1
Maconha	71	63
Tabaco	87	77
Substância de primeiro uso		
Drogas sintéticas (LSD, Ecstasy)	1	0,9
Inalantes e Solventes (Loló, Lança-perfume)	3	2,6
Cocaína	11	9,7
Tabaco	13	11,5
Álcool	21	18,6
Sem informação no prontuário	23	20,3
Maconha	41	36,3

Tabela 2 - Perfil Clínico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro Rio de Janeiro, maio de 2014. (conclusão)

Variável	N= 113	%
Idade inicial de uso de substâncias		
Abaixo de 15 anos	49	43,4
15 a 19 anos	34	30
20 a 24 anos	8	7,1
25 a 29anos	3	2,6
30 a 34 anos	1	0,9
Sem informação no prontuário	18	16
Idade inicial do uso de crack/cocaína		
Abaixo de 15 anos	23	20,3
15 a 19 anos	27	23,9
20 a 24 anos	13	11,5
25 a 29anos	11	9,7
30 a 34 anos	4	3,5
Acima de 35 anos	6	5,3
Sem informação no prontuário	18	16
Tipo de uso atual		
Uma a 2 vezes por semana	5	4,4
Mais de 3 vezes por semana	7	6,2
Esporádico	8	7,1
Em abstinência	21	18,6
Diário	31	27,4
Sem informação no prontuário	41	36,3

Fonte: Prontuários das usuárias. Arquivo do serviço do CAPS ad II.

4.1.3 Descrição dos cuidados no plano terapêutico individual das usuárias de crack/cocaína

Entre os cuidados descritos nos prontuários, os atendimentos individuais com o profissional de saúde foram preponderantes no plano terapêutico das usuárias nos problemas psíquicos (112; 99,1%), sociais (94; 83,2%) e clínicos (88; 77,9%). Outras estratégias de cuidado encontradas foi o fortalecimento da rede de apoio (78; 69%) para o enfrentamento da dependência; a prescrição de psicotrópicos (78; 69%) para transtornos psíquicos e a participação de grupo de mulheres (50; 44,3%) nos cuidados específicos para saúde da mulher, como descrito na tabela 3 (p.50).

Durante a análise documental, evidenciou-se que os planos de cuidado ou projetos terapêuticos não estão explícitos nos prontuários. Embora o cuidado transdisciplinar não exclua os atendimentos e consultas individuais, ele precisa ser construído coletivamente,

favorecendo a ampliação do olhar para a pessoa, seu contexto sociocultural e sua relação com a droga.

Tabela 3 - Cuidados descritos no Plano Terapêutico Individual das mulheres usuárias de crack/cocaína do CAPS ad. Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro Rio de Janeiro, maio de 2014.

Variável	N=113	%
Cuidados para os problemas sociais		
Resgate de documentação civil	1	0,9
Indicação para capacitação profissional	2	1,7
Interlocução com Ministério Público	2	1,7
Orientações trabalhistas e sobre direitos previdenciários	3	2,6
Interlocução com Vara da Infância e Conselho Tutelar	7	6,2
Encaminhamento para programas de moradia e renda	14	12,4
Acompanhamento individual com Assistente Social	94	83,2
Cuidados para os transtornos psíquicos		
Indicação de Internação Psiquiátrica	8	7,1
Acompanhamento Individual com a Psicologia	25	22,1
Prescrição de Psicotrópicos	78	69
Acompanhamento individual com psiquiatra	112	99,1
Cuidados para os problemas clínicos		
Encaminhamento a outras especialidades fora do serviço	10	8,8
Acompanhamento individual com Neurologista no serviço	16	14,2
Acompanhamento individual com clínico geral no serviço	88	77,9
Cuidados para o enfrentamento da dependência		
Interlocução com a escola	6	5,3
Internação para desintoxicação	9	8
Estratégias motivacionais	16	14,2
Busca ativa de usuários que não seguem o plano terapêutico	20	17,7
Inclusão em grupos terapêuticos diversos	21	18,6
Plano individual com estratégias para a abstinência	23	20,3
Terapia ocupacional	25	22,1
Fortalecimento da rede de apoio	78	69
Cuidados específicos para saúde da mulher		
Encaminhamento à obstetrícia	1	0,9
Ações voltadas para contracepção e prevenção de DST/HIV	3	2,6
Encaminhamento à ginecologia	15	13,2
Grupo de mulheres	50	44,3

Fonte: Prontuários das usuárias. Arquivo do serviço do CAPS ad II.

4.2 Concepções dos Profissionais sobre o Cuidado Psicossocial: Centrado na pessoa e Centrado na doença

Para analisarmos o cuidado psicossocial direcionado às mulheres usuárias de cocaína e crack, inicialmente buscou-se compreender as concepções dos profissionais acerca do cuidado psicossocial. Os sentidos e significados apreendidos revelam dois núcleos contraditórios para o cuidado: o primeiro focalizado na pessoa, e o segundo focalizado na doença, embora o primeiro apareça de forma predominante.

A concepção centrada na pessoa foi identificada a partir de falas que aludem às necessidades de cuidado de pessoas usuárias de crack e cocaína: a necessidade de reorganização dos vínculos familiares, de integrar-se socialmente, com a formação de redes de apoio e novos círculos sociais, inserção no mundo do trabalho, e construção de novos sentidos para a vida.

Para Oliveira (2006) o cuidado psicossocial se estrutura a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença mental, que remete a uma realidade biopsicossocial histórica e concreta de indivíduos.

Identificou-se através da fala dos entrevistados que o que se percebe sobre o cuidado engloba esta compreensão:

Primeiro eu entendo que os cuidados não são somente para o usuário. Ele passa principalmente pela família. (...) Por traz disso [da dependência química] tem toda uma história de vida, ela carrega todo um contexto que tem e deve ser levado em conta. (E2).

(...) é o vínculo familiar, é reconstruir o vínculo dele com a família, seja realmente laços consanguíneos ou não, mas é ter apoio em algum grupo, que pra ele tenha algum significado, algum laço, seja de amizade ou até mesmo a família onde ele se originou. (E4).

Esses vínculos com a família já estão fragilizados. Você tem que tentar resgatar esse vínculo. Questão de trabalho, não conseguem trabalhar. (E9).

(...) o primeiro cuidado que a gente tem que ter é escutar qual é a realidade dele, e quais são as demandas que ele tem. (E10).

Compreender as demandas singulares dos sujeitos, independente de sua dependência química, é uma ação indispensável a esta organização para o cuidado, que conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), deve objetivar a integração de usuários e familiares a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

Escutar a realidade dos sujeitos, compreender o que há por traz do uso de substâncias, favorecer a integração social são atitudes de cuidado esperadas para a elaboração de um projeto terapêutico singular, que deve estar abalizada na compreensão de que o processo de adoecimento está vinculado à história de vida do indivíduo, de sua família e da sociedade em que se insere, em conformidade com o que afirma Costa (2004).

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida (BRASIL, 2011), como as condições de trabalho, moradia e renda. Estes aspectos também foram considerados pelos entrevistados:

(...) às vezes precisam de abrigo porque ‘tá’ na rua. (E1).

Primeiro eu entendo que os cuidados (...) passam pela questão da dependência, questão de saúde, questão profissional, família, é... Social, inclusive até mesmo a econômica. (E2).

Casa, abrigo. É. Necessitam de um amparo social. (E3).

Questão de trabalho. Não conseguem trabalhar. (E9)

Os determinantes sociais de saúde encontram-se no contexto de vida, pois se referem aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, as falas dos entrevistados geram sentidos e significados sobre as necessidades de saúde voltadas à complexidade dos sujeitos e à multicausalidade dos problemas de saúde ao invés de um olhar biologicista sobre o controle das doenças.

Ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde considera que a atenção psicossocial fundamenta-se no respeito aos

direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas (BRASIL, 2011). Estes sentidos também foram encontrados nas entrevistas com os profissionais de saúde:

E depois a questão dos direitos concretos. Enquanto usuário da saúde, que seriam os benefícios que ele pode ter pra tá continuando no tratamento, e aí especificamente o serviço social orienta, é a parte previdenciária, de benefícios ligados à secretaria de assistência (...). (E4).

(...) tudo tem que ser recomeçado com eles, trabalhado... Até que a gente chegue realmente à questão da dependência, pra gente ver se consegue manter abstinente ou não, totalmente. Por aí. (E5).

A gente quer tão somente que ele se perceba como tal (como autônomo), se perceba como sujeito de responsabilidade no Tratamento dele. (E13).

As necessidades de cuidados para pessoas usuárias de crack e cocaína que emergem nessas falas valorizam aspectos de autonomia e o protagonismo dos indivíduos no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias, o que se contrapõe ao modelo biomédico. Este modelo tem ênfase na doença, e acaba por se distanciar da singularidade dos sujeitos e de sua subjetividade do processo de tratamento e reabilitação (MACIEL, 2012).

Historicamente, as questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas foram abordadas sob uma perspectiva exclusivamente biomédica no campo da psiquiatria. Por isso a atenção estava centrada nas intervenções medicamentosas e na separação dos usuários de seu convívio social. Este modelo ainda influencia fortemente o cuidado psicossocial (MACIEL, 2012).

Acerca dessa questão, Benevides (2005) e Maciel (2012) colocam que os valores oriundos do modelo médico hegemônico ainda são predominantes na atual sociedade, orientando a formação dos profissionais de saúde e interferindo na consolidação de uma nova forma de cuidar.

Portanto, no âmbito dessa realidade em transformação, a práxis assistencial ainda permanece influenciada pelas concepções do modelo biomédico hegemônico, como nos discursos expressos pelos profissionais sobre as necessidades de cuidado com ênfase nos sintomas e nos procedimentos médicos:

Eles precisam mesmo de estar se cuidando, tanto que eles chegam aqui e a gente pergunta: Ah, quanto tempo tem que você fez um exame... É... De sangue, aqueles exames de rotina anual? Ah! Já tem uns três anos. (E13).

A maioria deles [usuários e suas necessidades] são relacionados à fissura. Eles têm muita vontade de usar, e... Alteração de humor, ansiedade. É mais em torno disso, e às vezes eles tem complicações clínicas associadas. (E14).

Eu acho que a grande dificuldade da gente, é realmente o suporte que esses pacientes têm de exames complementares. Às vezes a dificuldade é grande deles realizarem exames que seriam interessantes: tomografias, ressonâncias, exames de sangue. (E16).

Embora haja uma incorporação das reformas sanitária e psiquiátrica, que ampliam o conceito de saúde, é notório que as intervenções de cuidado revelam a hegemonia do modelo biomédico, centrados no controle do corpo biológico, na medicalização, sem considerar o caráter singular da vulnerabilidade dos indivíduos.

Ao traçar intervenções focadas nas pessoas, em sua biologia humana e sua organização de vida, sem compreender o contexto social em que se insere, pode-se até alcançar alguns pequenos avanços. Porém, para atuar de maneira eficaz, é necessário a compreensão desse macroambiente, a fim de promover intervenções também neste contexto (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A ênfase na atenção médica curativa do caráter individual, na especialização e na tecnificação das práticas em saúde fica evidente na fala do profissional de saúde a seguir:

A pessoa entra aqui nas quatro paredes, é usuário de drogas, e muita das vezes é encaminhada com alguma sequela neurológica. Teve um AVC, tem epilepsia, porque boa parte dos sintomas médicos, é... Além da questão de uma hepatopatia e alguma outra coisa. Boa parte das alterações do comportamento (...) quando chega pra gente já tem um quadro de epilepsia, já fez um AVC, algum quadro de síncope que não tá muito bem esclarecido, não se sabe ao certo se ele faz uma cardiopatia pelo uso da droga. (E 16).

Segundo Boccardo (2011) e Brasil (2004), os CAPS devem colocar no contexto do cuidado a história de vida dos usuários, considerando as singularidades e subjetividades dos sujeitos em seu processo de reabilitação, rompendo assim com o paradigma biomédico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c) afirma que um projeto terapêutico singular é um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico.

Embora as Políticas de Atenção à Saúde Mental e da Saúde da Mulher estejam alicerçadas nos princípios e diretrizes do SUS, propondo abordagens que rompem com o paradigma biomédico (BOCCARDO, 2011), observa-se no depoimento a seguir influências deste modelo, cujo foco do cuidado de saúde é o controle de doenças e de suas manifestações.

(...) conhecer os danos que a droga causa, não só na parte psicológica, mas na parte física. Precisa saber o mal que ela faz ao organismo de modo geral. E o crack é o pior de todos. Todo o transtorno que ele causa na vida e no corpo do indivíduo. É importante pra ele saber, para ele tentar se conscientizar. (E6).

Subentende-se a partir desta fala a espera de que a informação a respeito dos danos que as drogas causam, gere numa sequência lógica, a conscientização sobre o problema, determinando o afastamento do uso problemático das drogas, como numa fórmula matemática e cartesiana. Este pensamento desconsidera todos os determinantes socioculturais que envolvem o uso de substâncias, bem como a relação de corresponsabilização entre usuário e profissional no processo de cuidado psicossocial.

A coexistência de influências do modelo biomédico e do modelo da clínica ampliada interfere no cotidiano de cuidado no cenário de pesquisa. Embora a equipe proponha acolhimento, grupo de cuidado, acompanhamento diário, atendimento multidisciplinar, ela também espera um resultado preestabelecido, numa relação de causa-efeito, que é a abstinência, desconsiderando os pressupostos das ações de Redução de Danos.

Para a prática da Redução de Danos, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. O que se espera é que os profissionais e serviços de saúde sejam capazes de acolher, sem preconceitos, as escolhas dos indivíduos, e ser capaz de avaliar o possível, o necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, e o que deve ser feito, sempre engajando o indivíduo neste processo, para que junto com ele se possa traçar estratégias para defesa de sua vida, e não para abstinência como objetivo a ser alcançado. Estas ações resultam num maior grau de liberdade e de corresponsabilidade dos usuários, e o reforço do vínculo terapêutico. Ressalta-se que embora a abstinência não seja o único objetivo

a ser alcançado, ela também é uma possibilidade a real se estiver contemplada no desejo dos usuários. (BRASIL, 2004, p.10).

Quando o usuário chega aqui, a solicitação deles é a internação. Eles vêm com uma visão de que a internação é a solução para os problemas. Eles não têm uma noção de que as necessidades do cuidado é o acompanhamento clínico, é o atendimento multidisciplinar pela equipe, é o dia a dia desse acompanhamento que vai fazer com que ele se mantenha abstinente e que eles consigam trabalhar esta questão das drogas na família, no trabalho, neles próprios. (E5).

O modelo biomédico também aparece como direcionador do cuidado, quando as especificidades de cuidado à mulher aparecem relacionadas ao corpo. A ‘fragilidade’ feminina é remetida ao biológico, a questões reprodutivas. Embora se saiba que o uso de cocaína e crack pode apresentar consequências relacionadas à morbimortalidade materno-fetal e infantil, evidencia-se na fala abaixo que a especificidade de cuidado para a mulher estaria apenas ligada a possibilidade da gravidez:

O evento que tem de diferente do homem que às vezes interfere principalmente nessa faixa que é a faixa reprodutiva, entre 20 e 40 anos da mulher, mas a gente lida pouco com essas questões de pacientes que são usuárias de drogas e ficam grávidas durante o acompanhamento com a gente. (E 16).

Nota-se que, embora se identifique os princípios da integralidade da atenção e da ampliação do conceito saúde-doença, o modelo biomédico constitui-se como grande impasse para operacionalização do cuidado psicossocial, porque ainda mantêm a doença e o corpo como objetos de sua práxis, desconsiderando a complexidade da subjetividade humana.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual que respeite a sua particularidade, respondendo as necessidades das pessoas, construindo mudanças na vida cotidiana, objetivando não só a melhoria de sintomas da dependência química, mas a ampliação da rede social, a fim de se modificar o curso do adoecimento. Para isso, o cuidado psicossocial busca a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer a serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário, contribuindo para o restabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos ao longo do processo de adoecimento.

Embora entre as características do cuidado hajam ações voltadas para a (re) organização de vida cotidiana e o fortalecimento da rede de apoio, conforme descrito na Tabela 3 (p.50), percebe-se que os profissionais dão ênfase à abstinência como a principal meta terapêutica. Tal fato denota a influência do modelo biomédico no cuidado psicossocial prestado, cujo foco é a morbidade e não a pessoa. Portanto, foi encontrada também a tensão entre as abordagens que focam os aspectos biológicos, individuais e tecnológicos e as que possuem o foco nos fatores sociais e ambientais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo biomédico hegemônico ainda interfere na compreensão do cuidado como algo além da terapêutica medicamentosa ou do uso de procedimentos à base das tecnologias materiais, pois se ocupa de danos físicos e mentais relacionados ao uso de substâncias, mas sem considerar seus determinantes, separando-se a causa de seus efeitos e impedindo a perspectiva integral da saúde.

Para Barros, Oliveira e Silva (2007), a coexistência de dois modelos de cuidado constitui-se como desafio para os modos de se produzir saúde, pois implica na transformação do saber e do fazer de profissionais que estão inseridos neste contexto, e que ainda possuem em sua formação bases fundamentadas no controle de doenças.

Para as autoras, o pensar e o fazer saúde por profissionais contemporâneos ainda assume espaços de poder, mantendo princípios reducionistas à biologia humana e seu controle, embora incorpore aspectos de necessidades de saúde que vão além do controle da doença.

Schneider e Lima (2011, p.172) apontam que embora o modelo psicossocial centrado na pessoa tenha a prerrogativa de ampliar a concepção da dependência para além das variáveis químicas e/ou biológicas, ainda é comum ser utilizado em concomitância com o discurso da drogadicção como dependência e doença crônica de fundo orgânico, cujos determinantes são colocados na hereditariedade e/ou nas disfunções neuroquímicas.

Portanto, para este modelo biomédico, o tratamento é responsabilidade profissional, em especial do corpo médico, e consiste em intervenções sobre o corpo, como a terapêutica farmacológica (SCHNEIDER e LIMA, 2011).

Observa-se na descrição dos cuidados oferecido às usuárias do CAPS ad II (Tabela 3, p.50) que 78 usuárias (69%) recebem prescrição psicotrópica, cujo objetivo final é o controle neuroquímico. Nesta lógica, a meta é a abstinência (SCHNEIDER e LIMA, 2011).

4.3 As Questões de Gênero e as Usuárias de cocaína e crack

Para se considerar as questões de gênero no cuidado psicossocial, torna-se necessário lembrarmos que compreender o gênero é saber a respeito das diferenças sexuais produzidas pelas culturas e sociedades das relações entre homens e mulheres (SCOTT, 1998). Se a construção de gênero ocorre ao longo da história nas relações estabelecidas entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres, os profissionais de saúde ao considerar o feminino, também consideram concomitantemente o masculino.

Para compreender a percepção dos profissionais sobre as peculiaridades existentes no cuidado às mulheres, os escutam os falando sobre as mulheres que cuidam, e percebemos como isto é feito de forma relacional ao cuidado prestado aos homens. Ao serem questionados sobre a existência de diferenças das necessidades de homens e mulheres que usam crack e cocaína, também foi possível observar sentidos convergentes, divergentes e os antagônicos.

As respostas convergentes surgiram primeiramente na verbalização de que não existem diferenças:

[As necessidades] são as mesmas. (E1).

Eu acho que as necessidades elas são as mesmas. (E4).

Eu acho que o cuidado é o mesmo. (E7).

Eu acho que as necessidades são iguais. (E11)

O que vale pra mulher também vale para o homem. (E12).

Eu não percebo diferenças nas ações, pelo menos entre homens e mulheres as condutas são mais ou menos as mesmas. (E16).

Não tem, não tem. (E17).

Algumas falas justificam que a ausência de diferenças se dá porque o cuidado é construído de forma singular, a partir do contexto de vida, seja para homens ou para mulheres, devendo remeter-se a uma realidade biopsicossocial, histórica e concreta de indivíduos.

Não tem. Porque a partir de um momento que eu digo que todo cuidado tem um contexto (...), Então, eu preciso ver isso tanto em homem como em mulher. (E2).

Eu não acredito que tenha diferença não. Eu acho que a realidade tanto pra um quanto pra outro é a mesma, eles vêm com essa demanda, apresentar essa demanda, eles tem uma singularidade, e que não seja diferente da do homem e da mulher... (E13).

No campo da saúde, as diferenças entre homens e mulheres no processo saúde-doença foram baseadas na biologia. Entretanto, a construção de gênero abarca o sentido de que sujeitos sociais são constituídos por um conjunto de significados impregnados por conceitos normativos e institucionais, de subjetividades sexuadas e por valores culturais que atribuem a homens e mulheres um lugar diferenciado no mundo (SCOTT, 1998).

A incorporação do conceito de gênero como determinante de saúde, baseia-se na compreensão de como a saúde dos indivíduos está relacionada com o modo pelo qual a sociedade está organizada e se desenvolve. Neste contexto, as iniquidades em saúde entre grupos populacionais são consideradas injustas e desnecessárias, visto que podem ser evitáveis (BUSS e PELLEGRINE FILHO, 2007).

Portanto, a visão de gênero como determinante social da saúde é um grande avanço da luta feminista, por incluir a compreensão de que a saúde das mulheres está diretamente relacionada com as diferenças de papéis sociais e de poder entre o feminino e o masculino na sociedade, destinando às mulheres um papel de subalternidade frente aos homens.

Nesta pesquisa, a partir dos núcleos de sentidos encontrados nas falas dos profissionais, vai se desvelando as concepções e significados do ser feminino no cuidado psicossocial e suas interfaces como o modo pelo qual este cuidado é realizado.

4.3.1 A "fragilidade" feminina refletida nas características psicossociais e biológicas

As desigualdades de gênero ficam evidentes na determinação de comportamentos socialmente definidos para homens e mulheres, e que colocam a mulher em situação de fragilidade, portanto de subalternidade, pois é dependente do masculino.

A mulher é descrita como sensível, zelosa, carente, insegura, dependente afetivamente dos homens e das drogas, e apresenta mais pudor. Também se observa a vitimização das mulheres no cenário social, como expressam os seguintes depoimentos:

Mulher é mais sensível (...). Porque o homem parece ser mais independente, mesmo usuário de droga. Mas, a mulher é mais frágil, não tem independência. (E1)

Porque assim, na mulher, tudo na mulher é mais velado. Porque até mesmo para ela se dizer uma usuária de drogas é mais complicado do que para um homem chegar até aqui e falar. (E5).

Acho que muitas são vítimas da sociedade, outras são vítimas do casamento, outras são vitimas da família, entendeu? (E6).

A mulher com a questão de prestar mais atenção, de ser mais zelosa (...), assim mais ligada à questão de família mesmo, aquela coisa da mulher tá em casa, de ser responsável por esses cuidados. (E9).

O homem é mais forte que a mulher. (E12)

A coordenadora do grupo coloca que elas precisam reafirmar dentro de suas famílias que não estão dispostas a assumirem tudo sozinhas, é preciso que a família compreenda que elas também são “gente”, e que não podem viver para resolver os problemas dos outros. (Observação 4).

Nos tempos atuais as desigualdades entre homens e mulheres ainda são fortemente atribuídas nas diferenças de sexo, sendo reportadas ao biológico (AQUINO, 2002). Embora existam características biológicas importantes que distinguem os homens das mulheres, a construção das relações sociais ao longo da história da nossa sociedade é que marca a categoria gênero, como exposto na célebre frase da feminista francesa Simone de Beauvoir, “Não se nasce mulher, torna-se mulher.” De acordo com este pensamento, o ser mulher é construído no âmbito da sociedade e da cultura que estabelecem o seu papel no seio da sociedade.

A naturalização das diferenças entre homens e mulheres, com o olhar reducionista do modelo biomédico, fica evidente em algumas falas:

(...) ela já tem naturalmente aquele tratamento diferenciado. Isso é muito natural. (E2)

O homem é mais forte que a mulher nesse universo de droga, onde é praticamente cada um por si. Então, a mulher acaba, por conta da sua fragilidade física, é... Ela acaba sendo subjugada. (E12).

Não dá pra esquecer a especificidade das questões que fazem relações à emoção, os hormônios... Não dá! (...) Elas têm uma emoção, uma coisa de sentimento que é inato. (E15)

Compreender a produção de saúde e doença a partir do enfoque de gênero é compreender as desigualdades e as iniquidades sociais existentes na produção do cuidado psicossocial a estas mulheres usuárias de substâncias psicoativas.

As lutas feministas e a crescente transformação nas relações de gênero se manifestam no processo de reorganização dos grupos sociais, exigindo que a análise dos papéis sexuais não seja feita unicamente na dimensão biológica.

Enquanto este olhar permanece com o enfoque biologicista, as preocupações com as mulheres permanecem voltadas para as problemáticas relacionadas com a gravidez não planejada, a prevenção de DST/AIDS e a responsabilidade com a prole, deixando em segundo plano outros determinantes de saúde a que essas mulheres se tornam vulneráveis como a violência de gênero, a exploração sexual e a prostituição para subsistência, que será discutido a seguir.

Gênero é uma categoria que revela sistemas de privilégios para o exercício de poder, nas relações estabelecidas entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres, nas quais historicamente a mulher ocupa uma posição de subalternidade (BERNARDO 2007). Os mecanismos e dinâmicas sociais que perpetuem estas concepções de subordinação da mulher ao homem representam retrocessos no processo social e histórico da luta do movimento de mulheres (HORTA 2007, p.12).

A violência é apontada como um dos mais complexos e graves problemas sociais (MINAYO, 2013). Embora não se limite a um problema de saúde pública, torna-se relevante para esta área por afetar de forma significativa a saúde individual e coletiva, o que exige a formulação de políticas de saúde específicas e a organização dos serviços e das práticas assistenciais adequadas (BRASIL, 2005).

Segundo a OMS (2012), a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública, e está fortemente associada ao consumo de drogas de maneira geral. Portanto, este tipo de violência precisa ser compreendido primeiramente como uma violação dos direitos humanos, que afeta as mulheres pelo simples fato de serem mulheres. A violência perpetrada pelos homens mantêm o controle e o domínio que eles têm sobre elas (CASIQUE e

FUREGATO, 2006), numa compreensão da mulher como subalterna e, conseqüentemente, uma cidadã de segunda classe.

Para Bastos e Bertoni (2014, p.94), a experiência de violência sexual e o consumo de drogas estão associados de forma recursiva, de modo a não se conseguir estabelecer o que seria causa e o que seria consequência. O abuso sexual também aparece neste contexto de subjugação e violência de gênero, e constitui-se não só com o estupro, mas aos diversos tipos de violação relacionada à sexualidade humana, inclusive à exploração econômica através da prostituição:

Mulheres ficam aí, e os homens querem aproveitar, abusar, abuso sexual, prostituição. (E1).

Ah! Muitas vezes a mulher é manipulada, é forçada a prostituição por conta do vício, uma série de outras coisas. O tratamento funciona muito por identificação. Se botar um homem lá, a mulher acabou de ser estuprada, acabou de apanhar (...). (E12).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) estima-se que no mundo a violência cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras, a partir de suas várias formas de manifestação que incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras.

A naturalização da ‘fragilidade física’ da mulher faz com que a visão de sua inferioridade e, por consequência, subjugação também sejam interpretadas como uma característica natural. Portanto, esta compreensão influencia as práticas de cuidado psicossocial por envolver a visão das mulheres como vítimas, o que limita a construção do empoderamento e do exercício de autonomia. Tal visão foi expressa nas falas a seguir:

Coitada, precisando de ajuda. (E1).

Elas ficam esperando que as respostas venham da gente. (E2).

A vitimização destas mulheres não atende aos objetivos do cuidado psicossocial, que busca estimular a autonomia e empoderamento dos indivíduos para o exercício da cidadania, a

fim de habilitar ou reabilitar a viverem com suas limitações e potencialidades, auxiliando-os a construir caminhos singulares a fim de se atingir uma vida mais saudável ou com menos sofrimento.

As mulheres que vivenciam uma relação abusiva, indefinidamente, acabam perdendo a saúde física e mental, dentre outros agravos que apresentam grande impacto sobre o estado psicológico e social da mulher. Tais agravos incluem sentimento de culpa e baixa autoestima, isolamento social com alterações na sua capacidade produtiva para o trabalho, levando-a a assumir comportamento autodestrutivo, como o uso abusivo de substâncias, incluindo o crack e cocaína, tentativas de suicídio, até o desenvolvimento de estados mórbidos como depressão e transtornos de ansiedade, dentre outros (CASIQUE e FUREGATO, 2006).

4.3.2 A prostituição como consequência da droga e da vulnerabilidade do gênero feminino

Vulnerabilidade implica na compreensão de que a produção de saúde ou de doença não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento ou a proteção da saúde. (AYRES et al, 2007; MEYER et al, 2006; SANCHEZ e BERTOLOZZI, 2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 20) define vulnerabilidade como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano.

Aqui, não nos reportaremos às doenças, mas falaremos das condições da prostituição tendo em vista os aspectos de gênero evidenciados nesta pesquisa. Segundo a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos à saúde está mais relacionada à situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011).

O gênero delimita campos de atuação para cada sexo e interfere na formação da subjetividade de cada sujeito. Portanto, a maneira como o indivíduo ou grupo feminino recebe, transforma e aplica informações de saúde sofre influência de gênero. Ou seja, as atitudes e comportamentos de indivíduos e coletividades são influenciadas e refletem as relações de desigualdade de gênero.

A ligação entre mulheres, prostituição e dependência de drogas apresenta referências históricas em muitas partes do mundo. Entre mulheres, a prática de venda do corpo por *crack* e *cocaína* ou por dinheiro para comprar estas drogas é demonstrada em alguns estudos como um fenômeno comum (CEBRID, 2004).

O Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (OBID, 2005) também revela a recorrência da associação entre o crack, mulheres e a prostituição. Este levantamento aponta como relevante a prática de sexo inseguro, que torna as usuárias de crack um grupo mais vulnerável em relação às DST/AIDS, bem como da geração de prole indesejável.

O estudo de Bastos e Bertoni (2014) aponta que a troca de sexo por dinheiro ou droga é elevada em relação à população estimada de profissionais do sexo, assinalando que a prática do sexo de forma comercial é elevada dentro do grupo populacional que consome crack, marcando uma importante diferença para o sexo feminino, que chega a atribuir a troca do sexo como financiamento integral do consumo de crack.

A prostituição aparece como fonte de acesso à renda, pelo fato da mulher estar em situação de discriminação social, em situação de rua, com pouco recurso para acessar ao mercado de trabalho. Neste ponto ela é uma estratégia de subsistência. Porém, a prostituição também aparece como violência de gênero. Esta problemática foi assim considerada pelos profissionais de saúde:

Quando é mulher, ela geralmente tem uma necessidade econômica menor. Mulher tem mais facilidade pra arrumar dinheiro. Mulher se prostitui. (E3).

As mulheres têm uma forma de acessar renda na rua diferenciada dos homens. A gente tem muito caso de prostituição das mulheres. Então, sempre fazemos orientação quanto ao uso de preservativo, a questão de DST. Mas com as mulheres, temos um cuidado ainda maior de acompanhar, principalmente pela questão da gravidez, que também ocorre. Então, as necessidades que a gente identifica é principalmente por conta do uso do corpo como uma forma de acessar renda e acessar a própria droga. (E10).

De acordo com Barreto (2008), a prostituição tem sido vista de forma divergente em estudos feministas. Primeiramente, é marcada pelas feministas radicais por uma visão de vítimas da opressão masculina, se caracterizando como expressão da submissão feminina e, como tal, aumenta as desigualdades já existentes entre homens e mulheres. Já o feminismo

liberal argumenta que a prostituição é um ato de autodeterminação sexual, sendo um trabalho como outro qualquer. Vale ressaltar que, desde o ano de 2002, a prostituição foi incluída na Classificação Brasileira de Ocupações, que é o documento que reconhece, nomeia e codifica as ocupações existentes no mercado brasileiro (BARRETO, 2008).

Porém, apesar da liberdade existente na expressão de sexualidades de muitas mulheres, encontramos sentidos convergentes de que a prostituição surge em meio a processos de vulnerabilidade e discriminação social por classe e por gênero.

Cabe esclarecer, que incluímos a questão de classe em virtude do perfil sociodemográfico das usuárias acompanhadas no CAPS ad II ter revelado que 47,8% das mulheres não possuem ocupação, 16,8% são donas de casa, 15% estão inseridas no mercado de trabalho informalmente, enquanto que apenas 9,7% possuem um emprego formal. Além destas características ocupacionais, predominaram as mulheres que têm como fonte de sustento e renda o apoio familiar (39%) e a prostituição (12,4%), como apresentado na tabela 1(p.46).

Estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) (2004) evidenciou que a prática da prostituição é comum entre usuárias de crack, que são estimuladas para esta atividade por quem vende a droga a elas e que, na grande maioria das vezes, o sexo é imposto como condição para que elas consigam a droga.

As questões relacionadas às DST/AIDS não devem ser negligenciadas neste cenário, embora na pesquisa documental realizada neste estudo, observamos que em apenas 2 prontuários (1,7%) registravam a ocorrência de DST e 3 (2,6%) registravam a ocorrência de HIV/AIDS como agravos relacionados ao uso de cocaína e crack (ver Tabela 2, p.49). Porém, mais do que relacionar a ocorrência destes agravos ao fenômeno da drogadicção, é necessário também compreender a dinâmica da vida cotidiana destas mulheres para que possamos incorporar na construção do cuidado suas particularidades pessoais e existenciais.

Ressalta-se que o fenômeno prostituição precisa ser desvelado na perspectiva das mulheres em outro estudo, pois os sentidos e significados aqui encontrados são a partir da visão dos profissionais.

4.3.3 A dependência emocional e manutenção dos laços afetivos: Vínculo amoroso, família e maternidade

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), um dos mecanismos através dos quais os determinantes de saúde provocam as iniquidades de saúde são os fatores psicossociais, que dizem respeito às relações entre percepções de desigualdades sociais e mecanismos psicobiológicos que se baseiam no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas provocam estresse e prejuízos à saúde.

Horta (2007) também considera que as relações da mulher no ambiente familiar é parte importante dos processos que produzem sentidos, que reconstituem a memória e que fazem a história dessas mulheres. Estes sentidos e memórias relacionadas às famílias são carregados de afetividade que formam a identidade feminina, e que em alguns momentos são geradores de sofrimento psíquico para as mulheres.

De um ponto de vista sociológico e antropológico, a assimetria de poder permanece presente no ambiente familiar, onde o homem genitor, o pai, assume posição hierárquica superior, de ‘chefe de família’, fazendo com que a mulher produza sentidos de dependência deste provedor desde a infância. Portanto, as múltiplas relações possíveis entre mulheres e homens e as questões de gênero, interferirão na compreensão do papel que estas mulheres desempenham na organização dos modelos e dos papéis familiares (HORTA, 2007).

As relações de poder entre masculino e feminino, maridos e mulheres, vividas cotidianamente, apresentam impacto sobre o estado psicológico e social da mulher, incluindo sentimento de culpa e baixa autoestima, o que corrobora com a visão estereotipada sobre mulheres como dependentes afetivamente dos homens.

A dependência afetiva das mulheres em suas relações com os parceiros também emergiu nos depoimentos dos profissionais de saúde:

Vive na rua com o marido, marido não, pai da criança. Eles [os companheiros] dizem que querem ajudar, mas que não tem condição de ficar com ela em casa, nem ela e nem o filho. (E1).

Muitos casos que a gente tem aqui, a gente vê as mulheres falando que elas usaram porque os maridos eram usuários e forçaram que elas também usassem essa droga. (E5).

A grande maioria foi levada [para o uso de drogas] por um homem! Pelo amor! (E17).

A vivência da dependência afetiva foi também observada no registro do Diário de Campo que se segue:

Uma das usuárias conta que passou as duas últimas noites na rua, em companhia do namorado, já que este havia sido expulso de sua comunidade e nenhum parente quis acolhe-lo em seu lar. Ela decidiu que não iria deixá-lo sozinho neste momento: ‘Ele é meu amor!’ (Observação 9, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

Tal situação relatada no grupo de mulheres revela os riscos que elas se submentem, relegando para segundo plano a sua própria segurança para manutenção do vínculo com a pessoa amada. As outras mulheres participantes do grupo interpretam esta atitude como falta de amor próprio, conforme registro no Diário de Campo:

O fato de estar na rua com o namorado foi apontado como falta de autoestima e falta de sentido da vida longe do rapaz, pelas outras participantes do grupo. (Observação 9, grupo de mulheres).

A autoestima, autoeficácia e autoconceito são importantes aspectos de saúde, que contribuem para a elaboração das identidades pessoais, ou seja, da concepção sobre si, e, portanto, interferem na forma como o indivíduo vivenciará as relações sociais.

A compreensão desses processos e dos seus efeitos no cuidado psicossocial é necessária para promoção de níveis de autoestima mais saudáveis, auxiliando na superação da dependência afetiva vivida pelas mulheres, dando-lhes a possibilidade de construir novos sentidos na produção de saúde e de qualidade de vida, estimulando seu empoderamento.

Sobre a existência das relações afetivas e familiares, o fenômeno atual do uso de crack gerou estereótipo relacionado ao comportamento desses usuários. Foi comum nos últimos anos, as mídias relatarem que o crack alterava toda a dinâmica de vida dos indivíduos, tornando-os verdadeiros ‘zumbis’, incapazes de manter qualquer vínculo afetivo-familiar. Isso se deve principalmente ao consumo de crack em locais públicos conhecidos como “cracolândias” (OBID, 2013).

Apesar de um grande número de usuários permanecerem nas ruas ou viverem sem moradia fixa, o vínculo afetivo-familiar e a organização da vida, continuam presentes nesse espaço, como menciona o profissional de saúde:

A rua funciona da mesma forma como a pessoa que tem uma residência fixa, acontece de tudo. Tem relação sexual, tem família, tem pessoas que se tratam como irmãs, tem uma proteção de um líder, como numa comunidade tem. Então assim, existe aquela coisa de companheirismo de homem e mulher, existe traição, existe tudo que acontece dentro de uma casa. (E10).

Ao serem usuários de cocaína e crack, tanto o homem quanto a mulher, apresentam sofrimentos relacionados ao círculo familiar. Porém, o direito das mulheres não está equiparado ao direito dos homens, pois estes ao se envolverem com os problemas relacionados ao uso de substâncias se desresponsabilizam do seu papel dentro da família, cabendo à mulher assumir a ausência masculina. No caso da mulher, ela permanece responsabilizada com os cuidados da família, mesmo com toda a problemática decorrente do uso de cocaína e crack.

Às vezes essa mãe ela é única, e aí tem que dar conta (...), com o peso das responsabilidades, ela tem cinco filhos, enfim... Não deu conta. E ela tava sozinha nessa... (E2).

(...) ela exigisse pouco da família, porque ela se coloca muito no papel de levar a família nas costas. (E4).

Acho que a mulher tem mais responsabilidades de uma forma geral, do que o homem. Com a família, acho que se responsabiliza mais ou assume mais a responsabilidade do que o homem assume. (E5).

Até porque, o quê que acaba acontecendo, normalmente quando isso acontece [quando o homem sai de casa], a mulher assume a responsabilidade. Então, isso para os homens não é uma coisa muito visível. (E9).

Estes relatos apontam para a centralidade da mulher no espaço familiar, relacionada a seu papel reprodutivo, o que ainda constitui-se como base para a construção das identidades femininas e masculinas (AQUINO, 2002). A casa e a família ainda são espaços destinados à mulher.

Porque o homem tem aquela história: Ah, eu estava com um amigo, resolvi experimentar e aí, pronto, caí nessa. A mulher não. Ela tem sempre a questão do mau relacionamento com pai, com a mãe, com o filho, perda de um familiar, de filho, de companheiros. Então, tem muito mais um cunho afetivo. O papel de mãe e de mulher... (E2).

O homem ele tá sempre ligado, no final de semana, ir pra farra. (...) Embora a sociedade hoje em dia não trate muita diferença entre o homem e a mulher, hoje em dia as mulheres estão com um estilo de vida, as mais jovens, igual aos homens. Mas, eu acho que ainda ela é mais ligada à família. (E6)

Segundo a tradição, os homens frequentam certos lugares, e as mulheres que são usuárias de álcool e outras drogas às vezes fazem isso dentro do seu lar, e isso não é visto. (E8).

O uso masculino ocorre num espaço social diferente dos das mulheres. É um espaço de relações sociais externas ao domicílio, de diversão, de convívio com os amigos ou de produção de trabalho. Já para as mulheres, o evento surge dentro do ambiente doméstico.

Ao remetermos ao campo da biologia as diferenças entre homens e mulheres, designamos as mulheres ao espaço familiar e doméstico, pelas peculiaridades reprodutivas, sendo seu papel cuidar da família e do lar, enquanto que o homem assume outros espaços sociais, a partir de seu papel de provedor (HIRATA e KERGOAT, 2007).

O movimento feminista provocou a ruptura com a visão dicotômica que destinava os homens ao espaço público e as mulheres ao espaço doméstico. Porém, ainda observamos a persistência da maior vinculação da mulher ao espaço doméstico (LOURO, 2000).

O presente estudo revelou que, embora o ambiente doméstico e as relações familiares “devessem ser seguros e protetoras”, estes espaços sociais podem ser produtores de sofrimento psíquico intenso, a ponto de motivar busca pela droga, juntamente com outros fatores confluentes, como expressam os seguintes depoimentos:

Das razões que levam a mulher a desenvolver a dependência, o estopim, me parece tá muito ligado àquela coisa mesmo daquela fragilidade. São questões, na sua grande maioria, familiar. Tão ligada ao casamento, quer dizer, é uma coisa muito mais afetiva do que os homens. (E2).

Muitas das vezes caem nos vícios por problemas com os filhos, é... Questões financeiras. Então, é muito difícil. (E8).

Elas são mulheres que buscaram a droga por alguma razão, por alguma carência que elas tiveram, emocional principalmente. Geralmente são mulheres que não tiveram mãe presente, ou tiveram frustrações amorosas, ou até em relação à guarda dos

filhos, são mulheres que o marido não paga pensão, ou até quando ela engravidou foi abandonada, entendeu? (E14).

Tendo em vista as leis nacionais que protegem a infância e a adolescência, não é raro para essas famílias que permanecem em situação de alta vulnerabilidade social, viverem conflitos relacionados ao cuidado da criança. No intuito de resguardar a prole, é comum o cuidado direto ser repassado à outra mulher da família, que esteja num ambiente mais protegido:

A realidade que a gente vê na vida desses usuários, critério de referencia familiar, dificilmente é um pai. É uma mãe, é uma tia, é uma avó. A mulher ela tem um peso diferente na família. (...) Em sua grande maioria, elas são mães muito jovens. Então, a maioria já tem filho. E aí a gente pergunta com quem está, e está com a mãe, com a avó. (E 10).

Problemas relacionados à guarda dos filhos também emergiram na pesquisa, o que é caracterizado como uma perda importante para a mulher, e não para o homem:

É extremamente estranho, mas culturalmente a gente tem isso, que a mulher é a mãe, e a mãe têm que tá ali. A mulher ela tem um peso diferente na família. Então: Ah! Essa mãe só quer ficar na rua, só quer usar droga, não cuida do filho! Mas o filho tem pai também, mas cadê a mãe? É diferente, é diferente. (E10).

A maioria [das mulheres] já perdeu muita coisa por conta de droga, inclusive guarda de filhos por causa disso. (E14).

As questões sobre a guarda das crianças apareceram também na análise documental. Das mulheres que possuíam em seu prontuário relatos de envolvimento com a justiça (08), 50% estavam relacionados a processos que envolviam a guarda dos filhos, e 55,8% dos prontuários relatavam a existência de prole menor de idade.

A sensação de falência e de incapacidade na conciliação destas tarefas vai interferir na produção de sofrimento psíquico. A experiência do sofrimento psíquico é construída neste imbricado social de nosso momento histórico. Embora o movimento feminista e outros campos da sociedade considere um grande avanço às mulheres produzirem trabalho remunerado, percebemos que a existência da sobrecarga relacionada com o modelo de conciliação dos trabalhos, gera um sofrimento real que interfere na capacidade destas

mulheres em operar planos, em definir o sentido da vida, gerando sentimento de impotência e vazio, que são características do sofrimento psíquico (SANTOS, 2009).

As falas a seguir elucidam estes sentidos:

(...) porque, às vezes, essa mãe é única, e aí tem que dar conta. Ela tem cinco filhos... Enfim, não deu conta. Foi percebendo que não deu conta, e com o peso dessa responsabilidade acabou caindo nessa. (E2).

Eu acho que, prá mulher, a gente passa no limiar, às vezes mais do que o homem. Pela condição social, pela cultura, é todo um grande aparato. A gente [nós mulheres] trabalha mais, a gente trabalha em casa, trabalha na rua, tem os filhos com os quais nós temos que estudar com eles. Tem outros problemas, muitas até carregam a família inteira nas costas. (E8).

Fala-se sobre a dificuldade de ter que ser exemplo sempre, ser sempre a certinha da casa. Tanta coisa para enfrentar e ainda tem que estar disponível para o marido, cozinhar, lavar, educar. Esta sobrecarga de responsabilidade é grande demais para se suportar sozinha, sem apoio de outros membros da família, a droga aparece como refúgio. (Observação 4, grupo de mulheres, fala de uma usuária)

Todo este imbricado social afeta a forma de se construir identidades de gênero, constituindo a forma de existência de cada sujeito (LOURO, 2000). Portanto, o gênero é também um dos determinantes da saúde mental. Há que se considerar as singularidades femininas neste processo, bem como a posição socioeconômica, o status educacional, as condições de vida, o acesso à saúde, entre outros.

4.4 A Condição Feminina e suas influências no Cuidado Psicossocial

Embora o PNAISM e o PNAD apontem a necessidade da construção de práticas de cuidado com o enfoque de gênero, há pouco pragmatismo nessa transversalização do cuidado, no intuito de colocar os diversos saberes e práticas de saúde no mesmo plano, o que dificulta a integralidade de ações. Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p.86) “é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam”.

Portanto, torna-se indispensável compreender o uso de cocaína e crack por mulheres através da apreensão destas mulheres em sua complexidade, bem como da realidade multifacetada relacionada ao fenômeno do uso das drogas, para que se construam junto com essas usuárias novas formas de viver. Formas que incluem a redução de riscos e danos sobre

sua saúde, promovendo qualidade de vida. É impraticável desfazer os nós do imbricamento social, onde a disposição de regras e valores influenciam as consciências dos indivíduos, onde as relações de gênero interferem no fenômeno do uso de substâncias, não só como aumentando a vulnerabilidade para o uso, mas também produzindo sofrimento psíquico relacionado à subjugação feminina e a todos os males que esta subjugação acarreta.

Se estas relações gênero são determinantes no sofrimento psíquico e relacionado à problemática do uso de crack e cocaína, eles também devem ser considerados na prática do cuidado. Portanto, a seguir, passaremos a discutir a influencia das relações de gênero na prática de cuidado por meio dos sentidos e significados revelados na análise hermenêutica-dialética.

4.4.1 O uso velado da droga e acesso tardio ao tratamento

Silva (2012) considera que o uso de substâncias psicoativas por mulheres se configura como um agravo marcado pelas questões de gênero, o que causa o acesso tardio aos serviços de saúde para cuidados relacionados a este uso.

Ainda sobre essa temática, Bernardo (2007, p.123) afirma que o processo de recuperação da dependência de álcool e outras drogas possuem distinções particulares entre homens e mulheres que buscam tratamento, e que a inserção nas instituições de assistência a saúde são marcadas pelas diferenças de gênero.

Segundo Bastos e Bertoni (2014) os estudos sobre o consumo de drogas acabam por negligenciar as análises por gênero, sendo reduzido número de pesquisas que abordam a questão da mulher usuária de drogas. Os autores relacionam este fato ao predomínio masculino no consumo de drogas em todo o mundo. O autor também reforça que as mulheres constituem um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, tendo em vista o caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos.

Peixoto et al (2010) aponta que as mulheres são menos propensas a procurar tratamento para o uso abusivo de substâncias. Para o autor, as mulheres enfrentam obstáculos que estão relacionados com o estigma social que sofrem em virtude do papel social feminino.

Bastos e Bertoni (2014) também corroboram com a ideia de que mulheres enfrentam barreiras relevantes para acessar serviços de tratamento especializado e, frequentemente, possuem suas necessidades específicas ignoradas.

Os núcleos de sentidos encontrados em nossa análise corroboram com tais afirmativas. Mulheres buscam tardiamente o tratamento em relação aos homens porque fazem uso velado, em ambientes protegidos, geralmente o lar, e apresentam mais dificuldades de assumir a dependência química, como pode ser observado nas falas dos profissionais de saúde:

As ocupações que as mulheres têm, as várias tarefas que elas desenvolvem, cuidar da casa, dos filhos, do marido, trabalhar, isso tudo dificulta a chegada dela [no serviço] e o reconhecimento de que realmente ela precisa [de tratamento]. Acho que a mulher tem mais responsabilidades de uma forma geral do que o homem e com a família. Acho que ela se responsabiliza mais ou assume mais a responsabilidade do que o homem assume. Então, para mulher é mais difícil dizer que é uma dependente química. (E5)

Desde os primórdios da sociedade, pela nossa cultura é feio mulher beber, feio mulher fumar, principalmente o uso de drogas. Então elas demoram muito a chegar pra gente pra tratamento... (E8).

Ainda segundo Bastos e Bertoni (2014), a estigmatização relacionada ao uso de drogas por mulheres aparece de forma curiosa até mesmo entre os usuários masculinos. Estes fazem avaliações negativas sobre as mulheres usuárias, pois consideram que droga é coisa de homem e relacionam o uso de droga à própria masculinidade. As mulheres mantêm o uso destas substâncias de forma mais velada, o que provoca o retardo à busca de cuidado.

Peixoto et al (2010) diz que estudos relacionados ao alcoolismo feminino revelam que mulheres bebem em ambiente doméstico, assumindo comportamentos diferentes de quando bebem em ambientes sociais, escondendo a dependência por mais tempo por preocupação relacionada à autoimagem, ou até mesmo por medo de expor-se a um tratamento em que terá que se deparar com outras pessoas que a julgarão por estar em um espaço destinado à dependência química.

Os discursos que detêm a mulher na esfera privada do mundo doméstico geram a invisibilidade destas mulheres e de suas necessidades. O uso velado encontrado entre as mulheres dependentes do álcool por Peixoto et al (2010) também foi revelado pelos profissionais de saúde que cuidam das usuárias de cocaína e crack:

Tudo na mulher é mais velado. Porque até mesmo pra ela se dizer uma usuária de drogas é mais complicado do que pra um homem chegar até aqui e falar. (E5).

Segundo a tradição, os homens frequentam certos lugares, e as mulheres, o que acontece, são usuárias de álcool e outras drogas, mas às vezes fazem isso dentro do seu lar, e isso não é visto. (E8).

As mulheres ainda convivem com maior incidência de estigma sobre seus comportamentos, especialmente quando envolvem uso de substâncias psicoativas, e que este estigma pode explicar o porquê da presença feminina ser menor nos serviços de atenção psicossocial. Presume-se que elas queiram evitar a exposição pública do uso de cocaína e crack. Este dado é diferenciado quando comparado com outras áreas de atenção à saúde, cujas mulheres são as maiores frequentadoras dos serviços de saúde (HORTA, 2007).

Constata-se que o uso velado da droga e o acesso mais tardio ao tratamento psicossocial são mais característicos na clientela feminina e que estão envolvidas as questões de gênero. A seguir, discutiremos sobre as singularidades de gênero relacionadas à adesão das mulheres usuárias de cocaína e crack ao tratamento.

4.4.2 A influência dos vínculos familiares e afetivos na adesão ao tratamento

A organização e manutenção de vínculos familiares foram percebidos tanto positiva quanto negativamente na adesão ao tratamento.

Sobre as influencias positivas, a pesquisa encontrou a ideia de que para as mulheres é mais fácil de mudar o estilo de vida, visto que elas são mais ligadas à família e ao ambiente doméstico. Estas características também estão relacionadas com o acesso tardio ao serviço de saúde, como foi discutido anteriormente. Mas, de modo contrastante, estas mesmas características da clientela feminina favorecem a melhor adesão ao tratamento, como mencionam os profissionais:

Com toda essa dificuldade, elas são muito guerreiras, porque aquelas que conseguem chegar aqui e se manter. A gente geralmente consegue manter um bom resultado com elas. (E9).

Elas têm uma adesão melhor. Podem até estar recaindo, mas elas vêm. Elas querem tentar ser tratadas, têm uma adesão melhor. (E14).

Durante o oitavo dia de observação sistemática, em um dos grupos de mulheres houve a proposta de se trabalhar com atividades artesanais. Evidenciou-se neste dia o desejo de uma das usuárias poder apresentar ao seu filho os resultados de seu tratamento:

A usuária apenas fala que vai mostrar para seu filho, que ainda é criança, o que tem feito no CAPS, para que ele acredite que ela está melhorando. (Observação 8, grupo de mulheres, registro sobre fala de uma usuária)

A adesão ao tratamento é compreendida por decisão daqueles que procuram um tratamento de saúde em segui-lo, envolvendo uma relação entre pacientes e profissionais, e não apenas como a obediência a condutas e prescrições (SCADUTO e BARBIERI, 2009).

Outro fator observado está associado ao apoio familiar que recebem para o tratamento, portanto requer uma visão diferenciada do profissional sobre a participação familiar em toda dinâmica de cuidado.

Geralmente elas têm um suporte familiar maior, da mãe, do pai, dá avó. Geralmente vêm acompanhadas, diferente do perfil masculino que vem sozinho (...) mulher geralmente vem com alguém, e ela tá mais um pouco interessada, eu sinto que ela está mais interessada, elas aderem melhor. (E14).

A família é parte dos processos de produção de sentidos para a história individual de cada mulher (HORTA, 2007). A reorganização de uma dinâmica familiar aparece como objeto motivador para o desejo de mudança individual nos membros desta família. Por isso considera-se de suma importância a inclusão das famílias no cuidado psicossocial.

Oliveira e Mendonça (2012) concordam com esta perspectiva quando colocam que os familiares necessitam de apoio e orientação para lidar com o impacto gerado pelo sofrimento psíquico de longa duração em seu núcleo familiar. Se a família não estiver incluída neste processo de cuidado, não terá condições de cuidar de seu ente.

A reorganização dos sentidos da vida da mulher usuária de cocaína e crack terá maior êxito quando considerado os espaços sociais em que se inserem. Nesta perspectiva, Mielke

(2010) aponta ser a família o núcleo central de suporte e apoio nas ações psicossociais. No campo da atenção psicossocial, o cuidado do indivíduo em sua existência-sofrimento inclui o contexto familiar em toda sua complexidade, que é fundamental no processo de reabilitação psicossocial.

Ainda Oliveira e Mendonça (2011, p.199) também destacam que a família é um elemento essencial na recuperação do cliente, “cabendo ao profissional estreitar a relação e fortalecer os vínculo de modo a poder conhecer os conflitos e dificuldades” vivenciados por este núcleo familiar.

Silva (2012) concorda que as famílias são diretamente afetadas pelo uso de substâncias, por isso as possibilidades de reabilitação dependem do suporte familiar. Os vínculos afetivos que unem as famílias podem ser grandes motivadores para a produção de novos sentidos para a vida. Portanto a mulher que chega ao serviço de atenção acompanhada por seus entes tem maior possibilidade de aderir ao tratamento de forma eficiente.

A possibilidade de reestruturar a organização do núcleo familiar foi considerada como fator motivador para adesão ao tratamento:

Eu acho que elas aderem porque elas pensam sobre isso, sobre as perdas que já sofreram e sobre os ganhos que vão ter ao aderirem ao tratamento, se fizerem o tratamento corretamente. Não só ganhos financeiros, mas a dinâmica familiar. (E14).

Oliveira, Bittencourt e Carmo (2008) apontam que as mães, no ambiente familiar, são as que permitem as trocas afetivas, e são responsáveis pela transmissão de valores, e pelo cuidado de seus membros com quem convive por afetividade. Portanto os ganhos relacionados à dinâmica familiar, citado na fala acima, podem estar relacionados a estes aspectos afetivos e transmissão de valores que marcam a forma com que os indivíduos vão se colocar a agir consigo mesmo e com os outros em seu ambiente (OLIVEIRA, BITTENCOURT e CARMO, 2008).

Silva (2012) em estudo realizado com dependentes de álcool observou que a participação da família no tratamento faz com que os usuários tornam-se mais motivados e cooperativos, visto que o envolvimento da família no processo favorece a sua compreensão do sofrimento da família, encorajando-os a reduzir ou mesmo abster-se do consumo da substância.

O projeto terapêutico singular elaborado para cada usuária é um arranjo de ações pactuadas entre o usuário, seu familiar, integrantes da equipe e outros serviços ativados a partir da necessidade das mesmas. A criação desse arranjo pressupõe uma negociação que envolve responsabilidades por todos os atores envolvidos. Podemos completar que quanto mais estes atores estiverem envolvidos, responsabilizados e comprometidos, maior o êxito das ações (YASUI, 2006).

As relações familiares podem também interferir desfavoravelmente no processo terapêutico das mulheres, causar dificuldades de lidar com as questões familiares e de exercer o seu papel no núcleo familiar, o que interfere nos processos motivacionais, como mencionado nas seguintes falas:

É como se ela quisesse se melhorar para poder ainda segurar aquela família. (...) É mais um sobrepeso que ela coloca sobre si. (...). Acho que assim, prá mulher é tudo mais difícil, porque que ela buscou tardiamente o tratamento, ou porque que ela falta muito ao tratamento. (...) Eu acho que ela pode desistir mais rápido do tratamento do que os homens desistem, entendeu? E aí elas desistem porque têm que está dando um suporte pra família. (E4)

Está difícil manter o meu tratamento, pois meu irmão bebe, arruma confusão na rua, e eu preciso sair pra resolver. Fico tensa, e tenho vontade de cheirar e de beber (Observação 1, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

Faltei os últimos encontros do grupo, pois ando muito aborrecida com meu filho, que está tirando coisas de dentro de casa para vender e comprar drogas, preciso tomar conta dele e não posso parar para me tratar. (Observação 1, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

Os modelos de tratamento para dependência química incluem intervenções motivacionais, pois é comum a ocorrência de recaídas ao longo do tratamento. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento (SOUSA et al, 2013).

Sousa et al (2013, p.261) ressalta que uma das teorias que mais têm contribuído para a compreensão da motivação para o tratamento é a do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James Prochaska e colaboradores nos anos 1970. Tal modelo engloba a motivação em quatro estágios: Pré-contemplação (não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do problema), Contemplação (há consciência da situação-problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança), Ação (a pessoa inicia explicitamente a modificação de seu comportamento) e Manutenção

(estabilização das transformações realizadas na fase de ação). O estágio de manutenção frequentemente pode ser interrompido por recaídas (SOUSA et al, 2013).

As recaídas devem ser compreendidas como parte do processo terapêutico, visto que se caracterizam como um estado de transição, que faz parte do processo de mudança de comportamentos e é necessária para que os indivíduos aprendam com a experiência e recomecem de uma forma mais consciente de suas limitações e potencialidades (JUNGERMAN e LARANJEIRAS, 2014; SOUZA et al, 2013).

A maternidade também surge a partir de expressões que apontam falhas do papel das mães destas usuárias, que interferem na problemática relacionada ao uso de crack/cocaína. Muitas das vezes estas mulheres repetem atitudes que julgam equivocadas cometidos pela mãe, na criação dos próprios filhos, o que também gera culpa, podendo motivar recaídas:

Minha mãe não me dava muita atenção quando eu era criança. Agora eu vivo nas drogas e quase não vejo meus filhos. Ela é quem cuida deles pra mim. Me envolvi com a prostituição e minha mãe nem percebeu! (Observação 3, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

Eu fui adotada e meus pais fizeram de tudo por mim. Minha mãe biológica me rejeitou como eu estou rejeitando meu filho. Vou acabar perdendo a guarda dele, porque vivo me drogando. Mas eu amo meu filho. (Observação 3, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

O uso de substâncias aparece como elemento que denigre a imagem destas mulheres, por ser uma conduta indevida, por isso se consideram não merecedoras do direito de exercer sua cidadania. Elas perdem o senso de direito, do direito cidadão e também da dignidade, o que as impede de se sentirem empoderadas. Abandonar o uso é condição básica para a apreensão de uma identidade digna de autonomia. Portanto ao incorrerem numa recaída, acreditam que falharam no processo terapêutico.

Outros laços afetivos que influenciam na adesão ao tratamento referem-se ao “ser cuidada por mulher”. Verificou-se que quando o cuidado da usuária ocorre por outra pessoa do sexo feminino, os processos empáticos são favorecidos, o que facilita a abordagem terapêutica, como mencionado nos seguintes depoimentos:

A gente [profissional mulher], de repente, consegue ter mais um aconchego, fazer com que ela chegue mais com a gente. (...) Se eu não tiver um olhar de humano, e de mulher, eu não cuido, eu não compreendo as experiências. (E8).

Eu acho importante ter uma equipe de saúde masculina e uma feminina. Uma pra tratar de homem e outra pra tratar de mulher, pelo menos no início, quando o paciente está chegando (...). O tratamento funciona muito por identificação. Se botar um homem lá, a mulher acabou de ser estuprada, acabou de apanhar, bota lá um homem pra falar com ela sobre tratamento, a imagem da memória emocional que ela tem é de tá sendo subjugada por um homem, e de repente isso pode até prejudicar. (E12).

Ressalta-se a importância da criação de vínculo de confiança entre profissional e usuário, a fim de facilitar a adesão ao projeto terapêutico proposto. (SCADUTO e BARBIERE, 2009).

Kestemberg e Falcone (2011) consideram que o cuidado aplicado de forma competente é dependente de conhecimentos técnico-científicos, mas também da capacidade de relacionar-se empaticamente com o cliente. Para as autoras, tomar a perspectiva do outro e ter flexibilidade interpessoal é atributo fundamental para a construção do cuidado.

O que evidenciou-se neste estudo é que o fato do profissional cuidador ser também feminino facilitará o desenvolvimento da empatia nesta relação, favorecendo a percepção das habilidades do terapeuta por parte das usuárias:

Se eu não tiver um olhar de humano, e de mulher, eu não cuido, eu não compreendo as experiências. (E8).

Ao falar sobre sua experiência com mulheres, o depoimento do profissional E8 revela o quanto a empatia é uma habilidade indispensável ao cuidado, e como o fato de ser mulher favorece a criação de um olhar empático, visto que a profissional também vivencia as peculiaridades do ser feminino:

Como é que eu posso tentar ajudar, se eu não vivenciar com vocês isso aí. Todas as angústias, o que aflige vocês. Por isso eu tento me colocar. Eu quando eu vejo vocês eu entendo a busca. (E8).

Também os grupos de mulheres são importantes ferramentas de cuidado psicossocial. A organização de um grupo terapêutico para mulheres no cenário desta pesquisa surgiu da vivência empírica da equipe profissional, a partir do atilamento das distinções entre o gênero feminino e o masculino:

Na minha experiência, o que eu tenho visto é que é melhor você fazer subgrupos. Pelo menos no início dividir entre homens e mulher e tratar eles individualmente, porque é realidade de gênero. O gênero é muito diferente. (...)A mulher às vezes precisa falar de assuntos mais íntimos, que é importante que se fale e, às vezes, a mulher diante da presença masculina pode se sentir inibida pra falar. (E12).

Lima et al (2011) refere que há uma diversidade de fatores culturais, relacionadas ao predomínio masculino nos serviços de atenção ao usuário de drogas, que interfere na garantia de um espaço acolhedor às expressões das mulheres.

Os grupos de mulheres são grupos terapêuticos, uma importante ferramenta de cuidado psicossocial (YASUI, 2006), utilizada no nosso cenário de pesquisa:

Elas passam pelo grupo de mulheres. Nesse grupo, vão colocando todas as dificuldades, as necessidades, angústias, e aí em cima disso, o profissional vai orientando, direcionando essas necessidades, os anseios, as dificuldades. (E5)

Bourguignon, Guimarães e Siqueira (2010) apontam que grupos terapêuticos podem possuir finalidades educativas ou de informação, de reflexão e de suporte, e constituem-se como espaço que possibilita ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social. A seguir, a fala do profissional E2 revela a necessidade apresentada pelas usuárias de redescobrirem quem são e o contexto social em que se inserem, a fim de exercer sua cidadania:

Tanto que no grupo, eu procuro trazer um pouco de dignidade, um pouco de cidadania, porque como carregam já este rótulo e ainda são bem comprometidas, isso tudo fica muito esquecido. Então eu priorizo de mais, antes de qualquer coisa, pra mim são pessoas, são mulheres, são cidadãs, que estão em um lugar em que precisam redescobrir isso. (E2)

Segundo a visão de Pichon-Riviéri, apresentada por Cardoso et al (2009), um grupo é caracterizado por um conjunto de pessoas que interagem em um tempo e espaço em torno de uma tarefa, articuladas por sua mútua representação interna. Nestes espaços, a troca de experiências oportuniza ao ser humano aprendizados que contribuem para o delineamento de sua personalidade e aprimoramento pessoal, influenciando-o nas escolhas, contribuindo para a (re)construção de identidades individuais e coletivas.

Nos espaços grupais é possível que se estabeleça vínculos afetivos de intensa reciprocidade entre si, numa esfera relacional através da qual os sujeitos se percebem, refletem e podem se transformar. O trabalho grupal envolve também a elaboração de ansiedades e medos, favorecendo troca de experiências, tendo a oportunidade não só de aprender com a experiência alheia, como também de identificar em si mesmas características antes atribuídas apenas aos outros, contribuindo para a autopercepção. (CARDOSO et al, 2009; SPADINI et al, 2006).

Retomando o conceito de cuidado comunitário e territorial, resgata-se na identificação feminina e nos grupos de mulheres a formação de novos laços afetivos e sociais, que se constituem como recurso de produção de novos sentidos para a vida destas mulheres (SARACENO, 2011).

Venosa (2011) diz que muitos autores sugerem que as mulheres devem ser atendidas utilizando-se de estratégias que respondam de forma direta às variadas dimensões de sua problemática, sendo o grupo de mulheres um importante instrumento terapêutico.

Mulher entende de mulher, digamos assim. Mulher sabe o que outra mulher precisa, o que outra mulher passa. (E5)

Desta afirmação de que “mulher entende de mulher” podemos deduzir o quanto os processos identificatórios e de desenvolvimento de empatia estão aflorados entre as mulheres, pois estas pela categoria gênero possuem vivências semelhantes, influenciando na sua percepção de mundo, embora todas possuam sua diversidade particular, existe uma singularidade específica do ser feminino.

Venosa (2011) refere que pacientes que buscam tratamentos com grupos heterogêneos quanto ao gênero, relatam não terem se sentido à vontade para falar de suas intimidades por não estarem apenas entre mulheres.

Os benefícios que um grupo terapêutico pode acrescentar ao cuidado psicossocial estão relacionados à ampliação de trocas sociais e afetivas, a reconstrução e adaptação de modos de vida, o aumento do senso de pertencimento pelas usuárias, e a possibilidade de aprendizagem a partir do relato de experiência dos outros participantes (BENEVIDES et al, 2010; CARDOSO et al, 2009; SPADINI et al, 2006).

4.4.3 Os estereótipos de gênero como recurso estratégico na abordagem terapêutica

Os profissionais, em suas abordagens terapêuticas, relacionam-se com as mulheres de modo diferenciado, pois as consideram mais "frágeis" e "sensíveis", o que exige dos mesmos uma postura mais delicada e mais afetiva na prática de cuidado:

Tem que abordar de maneira diferente, por mais que as mulheres queiram lá a questão da igualdade, enfim, nós somos diferentes. Para mulher a gente tem que ter uma postura mais delicada. (E2).

Quando faz um atendimento de mulheres, até a forma de você se dirigir a elas é diferente. (E8).

Eu acho que o cuidar dessas mulheres requer muita sensibilidade primeiro. (E15).

A retração social e o pudor associado ao feminino também podem resultar em um comportamento arreado, tímido, sendo por isso necessário o emprego do afeto nos processos relacionais interpessoais que ocorrem entre os profissionais e os sujeitos de cuidado, como explicitam os seguintes depoimentos:

A mulher já se coloca mais temerosa nesse processo. Eu acho que ela ainda vem assim, muito timidamente (E4).

Os homens são mais soltos. Eles falam a vontade, o que fazem. A mulher já não fala. (E5).

Então, tem que ter todo um jeito, uma maneira mais acessível para poder atingi-la. Mais afetivo. (E8).

Sobre a docilidade, discrição, pudor, gentileza, obediência e outros atributos relacionados ao feminino, Louro (2000) considera que há uma pedagogia do corpo e o disciplinamento da sexualidade que objetivam a produção de homens e de mulheres civilizados, e que tal pedagogia é aplicada desde tenra idade, nos diversos espaços sociais, inclusive nas escolas. Ser uma mulher civilizada é possuir a capacidade de viver com coerência e adequação as normas sociais. Nesta pedagogia, a identidade sexual e a de gênero vão se inscrevendo nos corpos das mulheres e dos homens.

Quando os profissionais entrevistados revelam o mundo feminino como um mundo afetivo e delicado, percebemos o quanto também estes profissionais carregam em suas identidades um padrão bem delimitado para o gênero.

Afastar-se do padrão de normatização pode ser um equívoco, muitas das vezes classificado como comportamento patológico ou doentio, até mesmo desumano. Encontrou-se também a existência de sentidos divergentes da docilidade feminina, que são atribuídos a um comportamento do mundo masculino, desviante do padrão social inscritos nos corpos. Duas falas elucidam que a participação da mulher no “mundo masculinizado do consumo de cocaína e crack”, desvirtuaram e masculinizaram a mulher:

O perfil, independente de homem e mulher, é um só, são manipuladores, eles mentem, tanto homem quanto mulher. E aí tem horas que você tem que ser tão firme como se você tivesse falando com um homem. (E2).

Você vê mulheres hoje que elas falam como mulher macho, macho: Eu sou mais macho que muito homem! (E15).

A expressão “mundo masculinizado do consumo de cocaína e crack” está relacionada à ilicitude destas drogas. As atitudes transgressoras, ilícitas são relacionadas ao masculino, cabendo ao gênero feminino a obediência, submissão e docilidade.

Percebe-se nas falas transcritas acima que há um estigma relacionado à existência de comportamento manipulador e do emprego de mentiras por parte do homem usuário de substâncias. Portanto, a mulher usuária destas substâncias se masculiniza ao ponto de exigir posturas firmes, como um homem.

A predominância dos homens na problemática do álcool e drogas nos dados epidemiológicos do consumo e na clientela que utiliza os serviços para tratamento gera iniquidade de gênero em relação ao seguimento feminino. Esta questão foi destacada na seguinte fala:

Até mesmo uma questão dos leitos destinados, quando é pra internação de mulher, dificilmente se consegue porque os leitos são muito poucos. É mais pra homens. Dentro da política de atendimento, eu acho que a mulher acaba sendo discriminada, porque não tem leito, não tem! (E4).

Os estigmas e estereótipos de gênero também surgem no cuidado psicossocial direcionado às mulheres, a partir da necessidade de se integrar o papel de ser mulher e de ser mãe. Na prática do cuidado, a maternidade é utilizada como objeto motivador da abstinência e transformações nos processos de vida.

A abstinência do uso de drogas é ponto de partida para uma reorganização da vida, para que possam ser mães adequadas às expectativas da sociedade moderna: ser exemplo de índole e postura aos filhos, ensinarem os filhos a não utilizarem drogas e transformarem a sociedade a partir da educação destas crianças. Isso tudo é compreendido como papel da mãe. (Observação 3, grupo de mulheres, tema abordado pelo profissional)

O recorte do diário de campo transcrito acima revela que durante o grupo de mulheres os diálogos e intervenções profissionais buscam motivá-las a ser uma mãe exemplar, responsável pelo cuidado da prole, dando a estas mulheres a responsabilidade de serem exemplos de moralidade aos seus filhos.

Embora essa estratégia esteja sendo usada como motivadora para a abstinência do uso de substâncias, ela cristaliza o senso comum de que a mulher tem a maternidade como o seu papel social primordial e sua finalidade existencial.

Além dessa questão, a possibilidade de não corresponder a essa expectativa do profissional e da própria sociedade pode predispor para o aumento da incidência de recaídas, acompanhada dos efeitos emocionais deletérios para essas mulheres, relacionados principalmente a existência da culpa por não cumprir a maternidade de forma exemplar.

Apresentar respostas às famílias e aos filhos é uma necessidade que as mulheres apresentam, e é percebida pelos profissionais entrevistados. No décimo dia de observação no grupo de mulheres, a coordenadora explora aspectos relacionados à maternidade, provocando discussões sobre o papel de mãe e as suas interferências no projeto terapêutico:

Hoje as mulheres foram recepcionadas com a leitura de um poema sobre mães. A última frase do poema dizia: “falar das mães é falar de Deus”. O poema falava sobre uma força divina que as mulheres recebem de Deus para a vivência da maternidade. (Observação 10, grupo de mulheres, tema abordado pelo profissional)

O poema utilizado no espaço grupal exalta o papel divino do exercício da maternidade. Quando as mulheres ‘recebem de Deus o dom da maternidade’, estão naturalmente destinadas e dispostas a exercerem a maternidade dentro uma ética socialmente construída. Uma ética que reduz mulheres à mães e cuidadoras da prole (MEYER, 2003).

Questões relacionadas à maternidade permeiam as discussões, e são abarrotadas sentimento de culpa, por acreditarem não atender as expectativas sociais para ser o exemplo da prole, como revela o seguinte registro do diário de campo:

Que tipo de mãe eu vou ser? Que exemplo estou dando para meus filhos?
(Observação 3, grupo de mulheres, fala de uma usuária).

Há ambiguidades nas concepções que envolvem a maternidade neste processo de cuidado. Durante o primeiro dia de observação sistemática, observou-se que a discussão envolvia vários questionamentos relacionados à necessidade da mulher exercer o protagonismo da própria vida, apontando o quanto o exercício da maternidade e os papéis sociais esperados para a mulher no ambiente doméstico influenciam nesta autonomia:

Você não pode viver para seu filho a vida toda; você tem que pensar assim; primeiro eu, depois eu, depois eu, porque se não, não tem vida própria. (Observação 1, grupo de mulheres, fala de uma usuária)

Se você viver para seu filho, não poderá viver sua vida. (Observação 1, grupo de mulheres, fala de uma usuária para outra)

A utilização do espaço grupal para a discussão dos significados e simbolismos da maternidade favorece a reconstrução destes sentidos, proporcionando a estas mulheres o poder de refletir, descrever, pensar e repensar, perceber e se autoperceber nos diferentes modos de ser mãe e mulher. Tal perspectiva foi observada na atividade de grupo:

Ela promove a reflexão sobre angústias vivenciadas com frequência, por falhas no “papel divino” da maternidade, e sobre a necessidade de desconstruir esta expectativa e diminuir a experiência da ansiedade e angústia. (Observação 10, grupo de mulheres, sobre a atuação da profissional de saúde)

As lutas feministas têm proporcionado que mulheres sejam cada vez mais ativas na construção de sua identidade, determinando sua própria vida. A organização da vida cotidiana, pela ação dos movimentos que lutam pela igualdade de direito, tem proporcionado a existência de espaços em que elas podem determinar suas próprias histórias. Porém observamos aqui o quanto existe uma confluência de valores sobre o padrão do comportamento materno.

Ora as relações históricas de gênero impõem à mulher um padrão de maternidade próximo ao divino, ora elas precisam assumir o protagonismo da vida, sem deixar que os filhos conduzam suas vivências. E de uma forma ambígua, estes dois padrões confluem, se encontram, e se afastam num movimento dialético que perpassa o cuidado psicossocial.

Meyer (2005) aponta para a existência de uma politização da maternidade, que aborda a necessidade educativa e assistencial de se investir no cuidado direcionado a mulheres-mãe, reforçando o modelo da “mãe-cuidadosa”, que se cuida e cuida de seu filho. A existência dessa forma ideal de se exercer a maternidade desloca essas mulheres de seus contextos e processos sociais em que estão inseridas, sem considerar que a maternidade é um fenômeno social marcado pelas desigualdades sociais existentes, dentre elas as iniquidades de gênero (SCAVONE, 2001).

O modelo da “mãe cuidadosa” foi encontrado nos resultados desta pesquisa. As mulheres têm de cuidar de si para poderem também cuidar de seus filhos, pois esse cuidado com os filhos é percebido como seu papel social maior, o destino "natural" da mulher.

As responsabilidades domésticas e familiares são utilizadas como estratégias motivacionais para cuidado de forma ampla nos grupos de mulheres, buscando ressaltar a importância das mulheres manterem a funcionalidade harmônica do lar, reforçando as relações e identidades de gênero.

Embora os atendimentos individuais ou grupais visem resgatar a autonomia no processo de construção de qualidade de vida, utilizam-se amplamente dos estereótipos de gênero.

Outro aspecto observado nos atendimentos grupais refere-se à reinserção social produtiva, incorporando o mundo do trabalho à produção de saúde.

O estudo documental realizado durante esta pesquisa revela que 16,8% destas mulheres são donas de casa, e que 47,8% não têm ocupação laborativa, resultando em total de

64,6% de mulheres que se encontram fora do mercado produtivo do trabalho. Também percebemos nesta análise que 12,4% destas informaram recorrer à prostituição como fonte de renda, e 39% dependem do sustento familiar (Tabela 1, p.46).

Observaram-se na prática do cuidado psicossocial intervenções que abarcam estes aspectos de produção social e de geração de renda:

A mulher é estimulada a produzir renda, para auxiliá-la na autonomia e gerenciamento de sua própria vida. O trabalho que gera renda é compreendido como produtor de novos sentidos à vida. Estimula-se a reconstrução de laços sociais a partir do trabalho. A produtividade social é percebida como condicionante de saúde e como possibilidade para uma inserção social saudável. (Observação 2, registro sobre discussão em grupo direcionada pela profissional)

Algumas intervenções orientaram questões trabalhistas e organização financeira. (Observação 10, sobre participação da profissional na discussão do grupo)

As habilidades manuais são percebidas também como instrumentos terapêuticos que favorecem à inserção da mulher no mundo do trabalho, que promovem a reabilitação social. Porém também se observa como estereótipos de gênero para a reabilitação pelo trabalho, que as habilidades manuais são consideradas inerentes ao ser feminino:

Quando uma das usuárias apresenta dificuldades em medir e dobrar o papel, surge a seguinte observação: É simples, a senhora nunca fez corte e costura? Nem roupinha de boneca? (Observação 2, grupo de mulheres, fala do profissional).

Hoje a atividade envolve dobraduras e cortes de papel para a construção de um arranjo de flores artificiais. (Observação 5, grupo de mulheres, descrição das atividades).

O trabalho legitima socialmente os indivíduos, portanto na clínica da atenção psicossocial, o cuidado inclui oportunizar os usuários dos serviços o aprendizado de novas habilidades que potencialize as possibilidades de inclusão social (LUSSI, MATSUKURA e HAHN, 2011).

Uma das usuárias fala: ‘Antes dos problemas que trouxeram para o Caps eu vivia disso... Pintava, bordava e fazia artesanato. Ganhava muito dinheiro’. A profissional estimula a reflexão sobre os avanços que ela tem apresentado ao longo do

tratamento, resgatando as experiências passadas a fim de inspirar novas perspectivas. (Observação 8, diálogo entre usuária e profissional)

O trabalho, além de ser fonte de renda, também se configura como fonte de *status* e segurança social. A desvalorização social causada pelo afastamento do mundo do trabalho pode comprometer o bem-estar psicológico dos indivíduos (LUDEMIR, 2000).

Os achados desta pesquisa constataam que o tipo de trabalho estimulado para as mulheres no CAPS ad envolve a prática artesanal, as habilidades manuais, o corte e a costura, exatamente as atividades laborais tradicionais associadas ao trabalho feminino. Tais práticas favorecem a inserção produtiva das mulheres, a geração de renda, sem as retirar do ambiente doméstico e do cuidado com os filhos. Cabe ressaltar que como seres autônomos, as mulheres devem escolher seus afazeres e ocupações laborais de forma a expressar seus desejos subjetivos.

É sabido que homens e mulheres desempenham diferentes papéis sociais relacionados a sua inserção do mercado de trabalho. Como já discutido anteriormente, as relações de gênero tendem a manter as mulheres no espaço doméstico. Para que estas se insiram no mundo do trabalho, enfrentam limitações relacionadas às responsabilidades domésticas e familiares (HIRATA e KERGOAT, 2007; LUDEMIR, 2000).

Estes processos resultam em maiores taxas de desemprego entre mulheres em comparação aos homens, levando a mulher assumir trabalhos no setor informal da economia (LUDEMIR, 2000). Quando associada à questão do uso de crack e cocaína, esses problemas assumem outras dimensões, pois o mundo do trabalho também estigmatiza o usuário de substâncias, ficando a mulher marginalizada por duas vezes.

Evidencia-se então o quanto a socialização primária das meninas, seja na família, na escola ou em outros espaços sociais, reproduzem as relações sociais de poder, definidas pelo gênero. Apesar de todos os avanços relacionados à inserção da mulher no mercado público e formal do trabalho, a permanência da atribuição do trabalho artesanal às mulheres persiste (HIRATA e KERGOAT, 2007; MEYER, 2003).

Despertar a consciência destas desigualdades da divisão do trabalho deveria estar incluído nestes espaços de cuidado, visto que nestes espaços mulheres são cuidadas por outras mulheres. Estas saíram de suas casas, para os cursos de formação profissional, para as Universidades e agora para a inserção produtiva no mercado de trabalho, porém reforçam os papéis de gênero de maneira ambígua na construção do cuidado que oferecem.

Os estereótipos de gênero são largamente utilizados como recurso estratégico na abordagem terapêutica direcionada às usuárias de cocaína e crack, e reforçam o papel de subordinação das mulheres, mantendo-as em um espaço onde exercem uma cidadania de segunda classe, onde os homens assumem uma posição de superioridade em relação a estas.

CONCLUSÃO

A análise hermenêutica-dialética da interface entre o cuidado de saúde mental e o gênero feminino possibilitou a compreensão das singularidades do gênero feminino no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack.

Revelou-se um número expressivo de mulheres usuárias de crack e cocaína no serviço pesquisado. Esta realidade chama a atenção para a necessidade de um novo olhar para a expansão e organização da rede de saúde para atender ao público feminino.

O perfil sociodemográfico e clínico destas mulheres revelou que elas vivenciam relações afetivas e familiares fragilizadas, são mães, com filhos menores de idade, com baixa inserção formal no mercado de trabalho, dependentes financeiramente de sustento familiar.

Os planos de cuidado ou projetos terapêuticos analisados carecem de aprimoramentos nos registros visto que houve dificuldades em encontrá-los nos prontuários. Há que se traçarem metas transdisciplinares para o cuidado, ao invés de centralizá-lo nos enfoques específicos de cada disciplina ou categoria profissional.

Perspectivas contraditórias também foram encontradas nas concepções dos profissionais sobre o cuidado psicossocial, o cuidado centrado na pessoa e o centrado na doença. O modelo biomédico dominante ainda exerce influência nas práticas de cuidado, determinando a centralidade da atenção no processo de adoecimento. O cuidado psicossocial preconizado busca a clínica ampliada, a partir do sujeito e de suas necessidades, e compreender os determinantes sociais envolvidos na produção de saúde e doença mental, que inclui o gênero.

A abordagem das singularidades do gênero feminino no cuidado psicossocial é ambivalente, ora reforça os estereótipos de gênero, ora estimula o exercício da autonomia feminina no processo terapêutico. As mulheres foram percebidas pelos profissionais como mais sensíveis, dependentes afetivamente dos homens e mais envolvidas com o ambiente doméstico e com a família.

A fragilidade feminina é identificada como uma característica psicossocial e biológica das usuárias de cocaína e crack. A dependência emocional também é representada como característica do ser feminino, o que interfere diretamente nas vivências relacionadas ao uso de substâncias, às relações familiares, aos vínculos amorosos e à maternidade.

A prostituição é vista pelos profissionais como uma consequência da droga e da vulnerabilidade do gênero feminino no contexto de consumo, bem como uma forma de violência de gênero que resulta das relações de subalternidade entre o masculino e o feminino, uma vez que é um meio de subsistência e de obtenção da droga pela mulher.

As estratégias de cuidado adotadas pelos profissionais revelam também a influência das percepções determinadas pelos papéis sociais de gênero, como a exaltação do papel materno e a ênfase nas atividades manuais nos encontros dos grupos terapêuticos. Não foi observada estímulos para promover a profissionalização ou inserção no mercado de trabalho em atividades diferenciadas daquelas voltadas para os dotes domésticos, como corte e costura e artesanato.

Em virtude dessas particularidades, há a necessidade de novos estudos que busquem compreender a dinâmica social e existencial da drogadicção em mulheres. Estas são vulneráveis à violência de gênero, à prostituição e às DST/AIDS, como revelaram os núcleos de sentido da análise hermenêutica-dialética.

A equidade social entre homens e mulheres ainda representa um desafio na atualidade, apesar das melhorias ocorridas na condição feminina no país. É preciso abrir espaços para a discussão das iniquidades de gênero não só por meio da pesquisa do tema, mas também na formação profissional e, sobretudo, nos cenários de assistência à saúde para superação do senso comum e da práxis reducionista no cuidado psicossocial à saúde da mulher, bem como mudanças na visão naturalizada das diferenças entre homem e mulher e nas estruturas sociais que mantém a subalternidade feminina nestes espaços de produção de saúde.

Os profissionais de enfermagem que compõem a equipe multidisciplinar e atuam no cuidado psicossocial devem estar atentos para o cuidado sensível e sensibilizados para as singularidades de gênero, a fim de contribuir na qualificação do cuidado de enfermagem às mulheres usuárias de substâncias e suas famílias.

Ressalta-se que no CAPS ad II onde este estudo foi desenvolvido, há apenas uma enfermeira na composição da equipe multidisciplinar e que esta não atua diretamente no cuidado das mulheres. Este cenário assistencial é um lugar de múltiplas possibilidades para ações de enfermagem, sendo necessário a inclusão de enfermeiros especialistas em saúde mental, comprometidos com a ética do cuidado psicossocial de forma transversal, garantindo a integralidade.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, espera-se fomentar reflexões e novos conhecimentos sobre o tema para subsidiar ações e estratégias mais efetivas para o cuidado

psicossocial integral das questões específicas das mulheres usuárias de crack e cocaína, inclusive que dê visibilidade às vivências e necessidades destas usuárias.

Recomenda-se a abordagem qualificada e sensível às demandas dessas mulheres, como estratégias de gestão do cuidado, na perspectiva da transversalidade de políticas e programas de saúde e a partir da atenção básica. Tal perspectiva pode favorecer o cuidado integral nos territórios dos indivíduos e a captação das mulheres em sofrimento psíquico e em situação de drogadição. São necessárias também estratégias de captação destas mulheres para os serviços especializados e adequação da abordagem do cuidado prestado, a partir das singularidades do gênero feminino.

A formação de grupos de mulheres para o cuidado psicossocial não é novidade em saúde. No CAPS ad II, destaca-se sua contribuição para a adesão ao tratamento. É importante também que estes serviços estejam preparados para receber as mulheres em seu sofrimento. Para tal, tem que ser prevista a ambiência e o processo do cuidado adequados às necessidades específicas da clientela feminina.

Ressalta-se a necessidade de serem desenvolvidos estudos que instrumentalizem as equipes de atenção básica para a captação destas mulheres nas comunidades, visto que este nível de atenção é a principal porta de entrada do sistema de saúde, o que possibilita a detecção precoce do sofrimento psíquico dessa clientela e manejo terapêutico oportuno na problemática relacionada ao uso de substâncias.

O ensino de enfermagem e de outras profissões da saúde deve comprometer-se com a discussão da problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, com um olhar ampliado sobre os diversos determinantes deste contexto, com enfoque de gênero e da transversalidade na práxis do cuidado de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica-dialética e acesso. *Revista Brasileira Promoção a Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p.243-250, abr./jun., 2012.
- AQUINO, J. G. *Diferenças e preconceito na escola: alternativas teóricas e práticas*. 8. ed. São Paulo: Summus Editorial , 2002.
- AYRES, J. R. C. M. et al. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. [In] CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 13, p.16-29, set.-dez., 2004.
- AMARANTE, P. D. C., et al. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.
- BARBOSA, J. A. G. *Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil*. 2011. 194 f. Tese (doutorado em saúde e enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.
- BARRETO, L. C. *Prostituição, gênero e sexualidade: hierarquias sociais e enfrentamentos no contexto de Belo Horizonte*. 2008. 154f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. esp, p.815-9, 2007.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N.(Org.) *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.32, p.127-38, jan. /mar., 2010.
- BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Revista Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 17, n.2, p.21-25, 2005.
- BERNARDO, T. T. *As aventuras do assistente social: uma abordagem sobre o desafio da prática profissional frente ao gênero e a religião no tratamento para usuários de drogas*. 2007. 246 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p.85-92, jan./abr., 2011.

BOURGUIGNON, L. N.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos Caps ad do Estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm.*, v.15, n.3, p.467-73, jul.-set., 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção integral a saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1ed, 2 reimp. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM N° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. População Residente. Notas Técnicas. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de Agosto de 2010. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1190 de 04 de Junho de 2009. Brasília: 2009.

_____. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF: 2007c.

_____. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília: 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 816 de 30 de Abril de 2002. Brasília: 2002c.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas. *Cienc Cuid Saude*, v.9, n.4, p.766-773, out./dez., 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CARDOSO, A. S. F. et al. Coordenação de grupos na enfermagem: reflexões à luz de Pichon-Rivière. *Rev. Min. Enferm.* Minas Gerais, v.13, n.2, p. 288-292, abr.-jun., 2009.

CASIQUE C. L., FUREGATO A. R. F. Violência contra Mulheres: Reflexões Teóricas. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 14, Nov.-dez., 2006.

CEBRID. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

COSTA, L. L. S. et al. Avaliação da memória operacional fonológica e impulsividade de usuários de drogas atendidos em um centro de atenção integrada à saúde mental. *Rev. CEFAC*, v.14,n.3,p.438-447, mai.-jun., 2012.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.5-15, set./dez., 2004.

COSTA-ROSA, A. LUZIO, A. C.; YASUI, S. *Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental e coletiva*. [In] AMARANTE, P. (Org.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

CRUZ, M S; VARGENS, R W; RAMÔA, M L. Crack. Uma abordagem multidisciplinar. *Crack, é possível vencer*. Brasília: 2011.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. *Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas*. [IN] SENAD, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção do uso de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 5 ed. Brasília, 2013.

ELDERER, M. F. *Perfil Epidemiológico das Mulheres Alcoolistas Atendidas na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad)*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.1, p. 47-71, jan.-abr., 2004.

FARIA, J. G., SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Caps ad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v.21, n.3, p.324-333, 2009.

GRIFFIN, K. e COSTA, S. H. *Questões da saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

HAIEK, R. C. *O uso de drogas injetáveis entre mulheres na Baixada Santista*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Psicologia Médica). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

HEILBORN, M. L. *Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde*. [In] GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.197- 208.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, set.-dez., 2007.

HORTA, R. L. *Mulheres e drogas: o que a família tem com isso? Argumentos do discurso contemporâneo*. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2007.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista Motivacional: Bases Teóricas e Práticas. UNIAD – Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas. c2014. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/science/Entrevista%20motivacional.pdf>>. Acesso em 10 de set. de 2014.

KESTENBERG, C. C. F.; FALCONE, E. M. O. *Programa de Promoção da Empatia para Graduandos em Enfermagem*. [In] DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.) *Habilidades Sociais: Intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 115-143.

LIMA H. P. et al. Caracterização de drogaditas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: estudo documental . *Online braz. J. nurs.*, v.10. n.2, abr.-ago., 2011.

LIMA, H. P; BRAGA, V. A. B; GUBERT, F. A. Interface entre gênero e saúde mental no discurso de alcoolistas: estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of nursing*, v.9, n.2, ago., 2010.

LOPES, G. T. et al. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n.4, p.518-23, jul.-ago., 2009.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*. v.19, n.2, p. 17- 23, mai.-ago., 2008.

LOURO, G. L.(Org.). *O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autentica, 2000.

LUDERMIR, A. B. Inserção Produtiva, Gênero e Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.647-659, jul.-set., 2000.

_____, A B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Phisys Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.451-467,2008.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S. e HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.35, n.2, p.185-192, 2011.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.73-82, jan.-jun., 2012.

MARAGNO, L et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, ago., 2006.

MEYER, D. E et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun., 2006.

MEYER, D. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Niterói*, v.6, n.1, p.81-104. 2º sem, 2005.

_____, D. E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. Bras Enferm*, Brasília (DF), v.57, n.1, p.13-8, jan.-fev., 2004.

_____, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos, *Movimento*, Porto Alegre, v.9, n.3, p.33-58, set.-dez., 2003.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletr. Enf.*, v.12, n.4, p.761-5, out.-dez., 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm> Acesso em: 09 de set. de 2014.

MINAYO, M. C. S. *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

_____, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. *Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde*. [In] CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 201- 203.

_____, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed., São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S. *Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social*. [In] _____ (Org.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, p.83-107.

OBID, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Pesquisas e Estatísticas/Estatísticas/População geral brasileira. 2005.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Notícia/ MJ divulga resultado da maior pesquisa sobre crack no mundo.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Familiar com dependência química e consequente sobrecarga sofrida pela família: pesquisa descritiva. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.11, n.1, 2012.

_____. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.198-203, abr.-jun., 2011.

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. A importância da Família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo, v.4, n.2, 2008.

OLIVEIRA, J. F. *(In) visibilidade do Consumo de Drogas Como Problema de saúde num Contexto assistencial: uma Abordagem de Gênero*. 2008. 207 f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia. 2008.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde, *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.38-48, jan.-dez., 2008.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, dez., 2006 .

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo. Genebra, OMS, 2001.

_____. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. 2012.

ONU, Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crimes. *Relatório Mundial sobre Droga*, 2013.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v.13, supl.1, p.695-700, 2009.

- PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.*, v.59, n.4,p.317-321, 2010.
- PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3ª ed. 1ª reimp. São Paulo: Reusp, 2004.
- PINTO, E. M. B. R. *Alcoolismo Feminino: Conhecer para Prevenir*. 2010. 230f. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.62, n.5, p.739-44, set.-out., 2009.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.276-83, abr.-jun., 2007.
- ROCHA, F. M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; BITTENCOURT, M. N. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. v.47, n.3, p.671-7, 2013.
- RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v.13, n.1, jan.-abr., 2005.
- SALLES, A. *Quando as mulheres têm voz: um estudo sobre raça, gênero e cidadania*. 2010. 220 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.319-24, 2007.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular Saúde Mental e relação de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciências e Saúde Coletiva*, v.14, n.4, p.1177-1182, 2009.
- SANTOS, A. M. C. C. *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relato dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS – Araraquara - SP*. 2008. 180 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SANTOS, D. C. *Entre o prazer e o sofrimento: uso de drogas por mulheres e vulnerabilidade às DST/AIDS*. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.22, n.2, p.93-101, mai.-ago., 2011.

SCADUTO, A. A., BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.605-614, 2009.

SCAVONE, L. Motherhood: transformation in the family and in gender relations. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde, *Psico*, Porto Alegre, v.42, n.2, p.168-178, abr.-jun., 2011.

SCOTT, J. W. *Gender and politics of history*. NovaYork: Columbia University Press, 1988.

SEBRAE, Rio de Janeiro. Informações socioeconômicas do Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro: Sebrae, 2011.

SILVA, B. L. C. et al. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v.14, n.4, p.61-68, out.-dez., 2012.

SOUSA, P. F. et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em Psicologia*, v.21, n.1, p.259 – 268, 2013.

SPADINI, L. S. et al. Grupos na área de saúde mental. *Esc Anna Nery R Enferm.*, v.10, n.1, p.139 – 44, abr., 2006.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.8-21, jan.-jun., 2012.

VENOSA, P. A. S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v.12, n.1, jun., 2011.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro. 2006. 208f. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: 2006.

APENDICE A - Roteiro para Análise Documental

1 - Documentos Institucionais – caracterização do cenário

- Território de responsabilidade do CAPS e população correspondente (ano):

- Total de pacientes atendidos no CAPS(semestre/ano):

- Total de usuários de crack e cocaína(semestre/ano):

- Quantitativo médio de mulheres atendidas no CAPS mensalmente:

- Total de mulheres que permanecem em acompanhamento psicossocial (semestre/ano):

- Total de usuárias de crack e cocaína que estão atualmente em acompanhamento psicossocial (semestre/ano):

2 - Perfil sociodemográfico das usuárias de crack e cocaína em tratamento no CAPS ad

· Faixa etária

Abaixo de 15 anos () de 15 a 19 anos () de 20 a 24 anos ()
 de 25 a 29 anos () de 30 a 34 anos () Acima de 35 anos ()

· Situação conjugal

Casada () Divorciada/ Separada () União estável () Viúva () Solteira()

· Moradia e habitação

Mora sozinha () Mora com cônjuge/parceiro () Mora com a família ()
 Em situação de rua () Abrigos/Albergues/instituições()

· Maior nível educacional alcançado

Não alfabetizada () Alfabetizada () Ensino fundamental I()
 Ensino Fundamental II () Ensino médio () Ensino superior()

· Ocupação

Dona-de-casa/do lar () Sem ocupação () Estudante () Incapaz ()
 Emprego formal () Emprego informal () Aposentada()
 Outros () Especificar_____

· Além do já citado na ocupação, existe outra fonte de sustento e renda?

Não () Sim() Especificar_____

· Envolvimento com a justiça

Não () Sim() Especificar quando possível_____

· **Possui prole?**

Não () Sim – Menor de idade () Sim- Maior de idade ()
 Sim - Dependente para sustento()

3 - Perfil Clínico

· **Como chegou a este serviço?**

Encaminhado por serviço de saúde () Encaminhado pela justiça()
 Encaminhado por serviço de assistência social() Indicado por amigo/familiar()
 Encaminhado por serviço comunitário/religiosos() Veio por iniciativa própria()
 Outros () Especificar_____

· **Participação familiar no tratamento?**

Não () Sim()

· **Possui outro agravo a saúde relacionada ao uso do crack/cocaina?**

Não () Sim() Especificar_____

· **Substâncias consumidas**

Só crack/cocaína () Associação com outras drogas ()
 Especificar_____

· **Qual substância de primeiro uso?**_____

· **Idade inicial de uso de substâncias**

Abaixo de 15 anos () 15 a 19 anos () 20 a 24 anos () 25 a 29anos ()
 30 a 34 anos () acima de35 anos ()

· **Idade inicial de uso de crack/cocaína – quando esta não for a substância de primeiro uso.**

Abaixo de 15 anos () 15 a 19 anos () 20 a 24 anos () 25 a 29anos ()
 30 a 34 anos () acima de 35 anos ()

· **Tipo de uso**

Diário () Uma a 2 vezes por semana() Mais de 3 vezes por semana () Esporádico() Em
 abstinência ()

4- Descrição dos cuidados no Plano Terapêutico:

- 4.1. Cuidados para os problemas sociais
- 4.2. Cuidados para os transtornos psíquicos
- 4.3. Cuidados para os problemas clínicos
- 4.4. Cuidados para o enfrentamento da dependência (manejo psicossocial)
- 4.5. Cuidados específicos para saúde da mulher
- 4.6. Outros cuidados

APENDICE B - Instrumento para Observação Sistemática**DIÁRIO DE CAMPO**

Nº da observação:	Data: ____/____/____
Horário de início:	Horário de término:
Duração:	

Observação do Cuidado Psicossocial às usuárias de Crack e Cocaína

Tipo de atendimentos:

() Grupo terapêutico

() Espaço de Convivência

Sujeitos participantes no atendimento (profissionais; mulheres, familiares, outros):

Observação do cotidiano de atendimento:

- Quais e quantos são os profissionais que coordenam/participam no grupo ou no espaço?
- Como os profissionais recebem as mulheres usuárias no serviço?
- Como eles abordam as necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres usuárias?
- Eles identificam os condicionantes biopsicossociais envolvidos na problemática de saúde dessas mulheres? Quais condicionantes?
- Eles percebem as singularidades da condição feminina das usuárias? Quais?
- Eles estabelecem ação(ões) terapêutica(s) específica(s) para essas singularidades? Quais?
- Eles identificam fatores que influenciam na autonomia dessas mulheres? Quais fatores?
- Eles promovem a autonomia dessas mulheres? Como?
- Eles favorecem as trocas sociais e afetivas? Como?
- Eles atuam na constituição ou no fortalecimento da rede de apoio social para as mulheres? Como?

Impressões do observador:

APENDICE C – Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada.**I – Identificação dos sujeitos:**

Nome:

Idade: Sexo: ()F ()M

Profissão:

Possui especialização? Em que área?

Tempo de atuação profissional:

Tempo de atuação no cuidado ao usuário de cocaína e crack:

Tempo que atua no CAPS ad:

II – Perguntas:

- Quais são as necessidades de cuidado dos usuários de crack e cocaína?
- Há diferença nas necessidades de cuidados entre os homens e as mulheres usuárias de crack e cocaína? Se há diferença, explique detalhadamente.
- De que forma essas diferenças interferem no cuidado das mulheres usuárias de crack e cocaína?
- Fale-me sobre o cuidado das mulheres usuárias de crack e cocaína.
- A condição feminina influencia na abordagem terapêutica para usuária de crack e cocaína? Se influencia, explique como.
- Como você vê as mulheres usuárias de crack e cocaína?

APENDICE D – Tabela 4

Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa		
Variável	N(17)	%
Idade		
26 a 35	4	23,5
36 a 50	6	35,3
50 a 61	7	41,2
Sexo		
Feminino	13	76,5
Masculino	4	23,5
Profissão		
Assistente Social	4	23,5
Médico	4	23,5
Psicólogo	4	23,5
Auxiliar de enfermagem	3	17,6
Terapeuta Ocupacional	1	5,8
Farmacêutico	1	5,8
Possui Formação Específica (Especialização/Aperfeiçoamento)		
Possuem	14	82,3
Não possuem	3	17,6
Especialização na área de álcool e drogas	0	---
Tempo de atuação profissional		
1 a 5 anos	1	5,8
5 a 10 anos	6	35,3
10 a 20 anos	2	11,8
Mais de 20 anos	8	47
Tempo de atuação no cuidado ao usuário de cocaína e crack		
1 a 5 anos	15	88,2
6 a 10 anos	1	5,8
Mais de 10 anos	1	5,8
Tempo de atuação no serviço		
1 a 2 anos	7	41,2
3 a 5 anos	10	58,8

APENDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *“Singularidades do gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para enfermagem”*, que tem como objetivos:

- Analisar o cuidado psicossocial direcionado às mulheres usuárias de Crack e Cocaína.
- Discutir a abordagem das singularidades do gênero feminino na prática de cuidado psicossocial.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método de coleta de dados a observação direta, entrevista semiestruturada e análise documental, e será analisado a partir da perspectiva hermenêutica dialética.

A pesquisa terá duração de 14 meses, com o término previsto para dezembro de 2014.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista, que será gravada em aparelho de MP3 para posterior transcrição – este material será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

O (a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de atenção psicossocial e enfermagem.

O (a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Pesquisadora responsável
Enfermeira Mestranda Érika Barbosa de Oliveira Silva
Instituição: UERJ/ PPGENF
Tel.: 94912674
e-mail: erikabos@ig.com.br

Orientadora
Profª. Drª. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Instituição: UERJ/ PPGENF
Tel.: 2587-6335 ramal 210
e-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: _____
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____ (assinatura) _____ (data)

Agradecemos a sua disponibilidade, tempo e apoio!
Você receberá uma cópia deste termo de consentimento esclarecido.

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Singularidades do gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para enfermagem

Pesquisador: Érika Barbosa de Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23716113.8.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.205

Data da Relatoria: 24/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado que propõe investigar as singularidades do gênero feminino no cuidado prestado às usuárias de cocaína e crack. Para isso, utiliza-se como método a pesquisa qualitativa, descritiva. Os sujeitos participantes da pesquisa serão os profissionais que compõem a equipe que exerce atividades de cuidado às mulheres usuárias de crack e cocaína, e que tenham pelo menos um ano de experiência profissional no cuidado ao dependente de cocaína e crack. A pesquisa será realizada em um Centro Psicossocial (CAPS AD) da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Para se coletar os dados da pesquisa propõe-se a utilização de três métodos: a) observação sistemática nos espaços de cuidado (espaços de convivência, atendimentos em grupos) com registros em diário de campo; b) entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas e transcritas e c) análise documental, que proporcionará a caracterização do cenário e análise dos registros dos cuidados descritos nos planos terapêuticos instituídos para as mulheres usuárias de cocaína/crack. Como método de análise e interpretação dos dados colhidos, empregaremos ao referencial teórico metodológico da Hermenêutica-Dialética.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o cuidado psicossocial às mulheres usuárias de Crack e Cocaína; Discutir a abordagem

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 628.205

das singularidades do gênero feminino neste cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, tampouco benefícios diretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora apresentou todos os cuidados éticos necessários à pesquisa envolvendo seres humanos. O TCLE explicita que em qualquer momento o participante poderá ausentar-se ou solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas.

Os benefícios serão indiretos, como a melhoria da assistência prestada. A compreensão do objeto apresentado favorecerá o desenvolvimento de práticas de cuidado direcionadas às mulheres dependentes químicas, levando em consideração as singularidades de gênero, favorecendo a ações de cuidado mais resolutivas.

O protocolo apresenta título, resumo, justificativa, objetivos, métodos, população estudada, cronograma e referências bibliográficas. A folha de rosto foi corretamente preenchida e está assinada. Foi apresentado TCLE redigido em linguagem clara e contendo as informações necessárias. Foi apresentado orçamento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está de acordo com os princípios éticos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o cumprimento das exigências ao parecer anterior, a COEP considerou o projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2015, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 628.205

RIO DE JANEIRO, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
 Patricia Fernandes Campos de Moraes
 (Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Página 03 de 03