

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde: a perspectiva das mulheres atendidas em
um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**

Priscila Souza Cugler

São Carlos

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde: a perspectiva das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

Priscila Souza Cugler

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica

Orientador: Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

São Carlos
2018

Souza Cugler, Priscila

Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde: a perspectiva das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) / Priscila Souza Cugler. -- 2018.

129 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Wagner dos Santos Figueiredo

Banca examinadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, Luciana Nogueira Fioroni

Bibliografia

1. Gênero e Feminismos. 2. Necessidade de Saúde. 3. Atenção Psicossocial. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

Priscila Souza Cugler

**“Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde: a perspectiva de mulheres
atendidas em um Centro de Atenção Psico-Social – Álcool e Drogas (CAPS-AD)”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 26/06/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Ana Flavia P D'Oliveira - FMUSP

Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni - UFSCar

*Para as mulheres do CAPS AD – que com suas histórias de vida me encorajam a continuar
carregada de sonhos*

AGRADEDIMENTOS

Muito obrigada ao meu pai e minha mãe que me encorajam e me dão sustentação afetiva para significar a minha história de vida.

Ao Cleber, irmão, e Thaís, irmã, porque foi com eles que aprendi a dividir tudo na vida e perceber que cada um tem a sua necessidade. E também às meninas, minhas grandes pequenas referências de amor.

Ao tio João, tia Bete, meu primo e primas, por cuidarem da minha vida em São Carlos e por me darem o gosto afetivo do almoço de domingo.

A tia Elvira e tio Edmundo, e todos os outros também, por acompanharem toda a minha aprendizagem pela vida, e torcerem por mim.

A todas as minhas amigas de Registro-SP, referências na minha formação de amizades que carrego ao longo da vida.

E assim se seguiram nas amigas da faculdade, dos primeiros empregos e agora de São Carlos.

Obrigada a Raquel por plantar em mim a semente da luta para que as mulheres sejam vistas, ouvidas e respeitadas. Foi com você que iniciei essa dissertação. A Dani, que hoje segura as minhas mãos para que cada palavra seja escrita de acordo com o que acreditamos e lutamos. E a Vivi, que tem me acompanhado no incentivo à pesquisa e na companhia para as respiradas e descanso.

Às Promotoras Legais Populares de São Carlos (PLPs), que me trazem a implicação na militância e no estudo sobre gênero.

Ao Fernando, por dividir as alegrias e angústias de ser psicóloga, por fazermos juntos o processo de ressignificar a profissão. E também pela solidariedade na minha pós-graduação e torcida pelo meu crescimento profissional.

Agradeço também a Prefeitura de São Carlos, por ter trabalhado no Centro de Referência da Mulher, na Seção de Atenção à Saúde do Servidor e agora no CAPS AD, por possibilitar a vivência de ser psicóloga.

Obrigada a toda equipe do CAPS AD, por estarem comigo na doçura e na amargura de atuar na clínica de álcool e drogas no SUS. Em especial à Larissa, que me faz sentir uma profissional potente e uma mulher entusiasmada, me fazendo acreditar que o meu pouco pode ser o “a mais” pra aquele que nos chama ao olhar e ao cuidado em saúde. E ao Roberto, que com tanta gentileza, torna o nosso trabalho mais leve e tranquilo.

Obrigada aos colegas mestrandos, em especial a Claudia, por compartilhar as angústias da solidão da escrita, e aos docentes do Programa de Mestrado em Gestão da Clínica da UFSCar.

Agradeço a Yasmim Lucita que contribuiu para dar desenho e sentido às histórias relatadas pelas mulheres.

Meu muito obrigada ao meu orientador, Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, por escolher a minha pesquisa, por fazer dela um estudo científico, e por compartilhar comigo as vivências da inserção da temática de gênero nas investigações em saúde no SUS. Agradeço por me fazer uma pensadora e por dimensionar a escrita científica para a prática profissional.

Às docentes Prof^ª. Dra. Ana Flávia Pires Lucas D’oliveira e Prof^ª. Dra. Luciana Nogueira Fioroni que se dedicaram a analisar a delimitação organizativa dessa dissertação, pelo processo reflexivo sobre o desenvolvimento da pesquisa e orientações sobre o compromisso ético com a prática. Obrigada pela disponibilidade e atenção na qualificação e na defesa, e principalmente, por me dar a honra de serem as minhas avaliadoras, pois admiro imensamente suas trajetórias acadêmicas.

Por fim, a Clara, Frida, Lélia, Maria Quitéria, Nísia, Pagu, Maria Bonita, Carolina e Dandara...as nove mulheres que compartilharam comigo os segredos e as experiências de suas histórias de vida.

Ela perambula pelo mercado de sonhos. As vendedoras estenderam sonhos sobre grandes panos no chão. Chega ao mercado o avô de Juana, muito triste porque faz muito tempo que não sonha. Juana o leva pela mão e ajuda-o a escolher sonhos, sonhos de marzipã ou algodão, asas para voar dormindo, e vão-se embora os dois tão carregados de sonhos que não haverá bastante noite.

(Um sonho de Juana – Eduardo Galeano)

RESUMO

É possível identificar diferenças de gênero no uso de substância psicoativa (SPA), como o motivo para uso, comorbidades, fatores culturais e físicos. A política de saúde para consumidoras de SPA indica ser invisível e homogeneizadora, e as mulheres enfrentam barreiras de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal na busca e permanência de tratamento. A proposta dessa pesquisa foi compreender as necessidades de saúde de mulheres atendidas em um CAPS AD, caracterizar as suas concepções acerca do uso e as repercussões para a saúde. O referencial teórico articulou a compreensão de gênero e os movimentos feministas, com o entrelaçamento sobre necessidades de saúde e as concepções da atenção psicossocial. A metodologia foi a história oral de vida, com a realização de entrevista aberta com nove mulheres, para a apreensão de narrativas sobre suas experiências de vida. A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, em que foi possível identificar quatro categorias temáticas: 01) Fenômenos Psicossociais, os pontos identificados como necessidade de saúde foram fortalecer os vínculos familiares e afetivos, o processo de vivência do luto, bem como ofertar espaços de socialização e acolhida e a Violência de Gênero também é um fenômeno a ser cuidado nas necessidades sociais de saúde, levando em conta os traumas vividos ao longo da vida, as questões afetivas e as especificidades das desigualdades de gênero; 02) Fenômeno da Vivência da Maternidade aponta que a maternidade é uma necessidade de saúde, por sua relação com a dimensão histórica dos direitos sexuais e reprodutivos e pelos estigmas vivenciados, revelando os problemas ao direito negado de ser mãe; 03) Repercussões para a Saúde - as necessidades de saúde relacionam-se a transtornos alimentares, doenças hepáticas, quedas com fraturas, dificuldade de atenção e memória, e efeitos da ressaca, além de melancolia, tristeza e solidão em suas diferentes manifestações, como a ideação suicida, depressão e transtorno bipolar e 04) Mecanismos para o Fortalecimento da Autonomia, o processo de maior consciência de si e a inserção em atividades produtivas são estratégias para o cuidado em saúde, resgatando e valorizando suas potencialidades. A perspectiva dos afetos e vínculo com os familiares é uma ação importante de ser problematizada. Podemos identificar que as desigualdades de gênero ficaram evidentes nos casos de violência, na dependência financeira, nos múltiplos papéis com o trabalho e filhos, na cobrança de atender aos padrões de beleza, nas diferenças de oportunidades de trabalho e renda, na estigmatização pelo uso de SPA e nos vínculos familiares. Essas construções sociais e históricas de gênero refletem as ações cotidianas das mulheres, e para algumas delas, consciente ou não, a forma de enfrentamento se dá pela via do consumo de SPA. Sob a perspectiva da atenção psicossocial, buscamos contribuir para que mulheres e profissionais estejam envolvidos ética e tecnicamente no processo de cuidar-se, e na gestão da clínica, com a superação das formas hegemônicas de atenção em saúde, oferecendo a melhoria da escuta e a responsabilização do cuidado às mulheres.

Palavras-chave: gênero e feminismos, necessidade de saúde, atenção psicossocial.

ABSTRACT

It is possible to identify the gender differences related to the use of psychoactive substances (SPA), such as the reason for use, comorbidities, cultural and physical factors. The SPA health policy indicates that it is invisible and homogenizing, and women face structural, systemic, social, cultural and personal barriers in the search for and permanence in treatments. The purpose of this research was to understand the health needs of women treated in a CAPS AD, to characterize their conceptions about the use and the repercussions for health. The theoretical framework articulated the understanding of gender and feminist movements, with the interweaving of health needs and conceptions of psychosocial attention. The methodology was the oral history of life, with the accomplishment of open interviews with nine women, for the apprehension of narratives about their life experiences. The interpretation of the data was the analysis of thematic content, in which it was possible to identify four thematic categories: 01) Psychosocial Phenomena, the points identified, as health need, were to strengthen family and affective bonds, the process of experiencing mourning, as well as to offer spaces for socialization and acceptance and Gender Violence is also a phenomenon to be taken considered concerning social health needs, taking into account the traumas experienced throughout life, the affective issues and the specificities of gender inequalities; 02) The Maternity Experience Phenomenon points out that motherhood is a health need because of its relation to the historical dimension of sexual and reproductive rights and the experienced stigmas, revealing the problems that raise when the right to be a mother is denied; 03) Regarding to the Health Repercussions - health needs are related to eating disorders, liver diseases, falls with fractures, difficulty in attention and memory, and hangover effects, as well as melancholy, sadness and loneliness in their different manifestations, such as suicidal ideation, depression and bipolar disorder and 04) Mechanisms for the Strengthening of Autonomy, the process of greater self-awareness and insertion into productive activities are strategies for health care, rescuing and valuing their potentialities. The perspective of the affections and bond with the relatives is an important action of to be problematized. We can identify that gender inequalities became evident in cases of violence, of financial dependence, of multiple roles with work and children, of demand to meet beauty standards, in the differences in work and income opportunities, and stigmatization through the use of SPA and family ties. These social and historical constructs of gender reflect the daily actions of women, and for some of them, consciously or not, the way of coping occurs through the use of SPA. From the perspective of psychosocial care, we seek to contribute to women and professionals who are ethically and technically involved in the care process, and in the clinic management, by overcoming the hegemonic forms of health care, offering improved listening and accountability of care for women.

Keywords: gender and feminism, health need, psychosocial attention.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Perfil Geral das Mulheres.....48

QUADRO 2 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto.....50

QUADRO 3 – Categorias Temáticas e Subcategorias de Análise.....66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

SPA – Substancia psicoativa

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – Código Internacional de Doença

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental

RD – Redução de Danos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UA – Unidade de Acolhimento

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

PTS – Projeto Terapêutico Singular

APRESENTAÇÃO

Em busca de ocupar lugar na saúde coletiva, na clínica de álcool e outras drogas e na discussão sobre gênero, venho apresentar a proposta de realização deste estudo e destacar a relevância de transpor a categoria de gênero e feminismos para as pesquisas em saúde. Em minha atuação como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas¹ no município de São Carlos/SP, já com a bagagem da vivência na mesma função no Centro de Referência da Mulher², fui provocada pelas inquietudes sobre como as relações de gênero estão sendo dimensionadas na produção de saúde para o cuidado em relação ao abuso de álcool e outras drogas.

Além da prática profissional, a relação com as necessidades das mulheres ocorre na militância política e no campo de estudo na universidade. Sou integrante do movimento social chamado *Promotoras Legais Populares de São Carlos*, que é um coletivo que promove um curso com informações sobre o direito das mulheres. Na UFSCar, participei como aluna especial em uma disciplina da graduação em pedagogia intitulada “Feminismo dialógico”, no qual pude aprofundar sobre essa ferramenta teórico-prática para a transformação e promoção da igualdade. Outra vivência foi uma visita à Universidade de Barcelona, especificamente ao Centro Especial de Investigación en Teorías y Prácticas Superadoras de Desigualdades – CREA, em maio de 2011, onde obtive informações e experiências sobre como a universidade tem contribuído para a transformação da realidade no que diz respeito às relações de gênero e violência.

Em reflexões sobre a prática, surgiram alguns questionamentos que desencadearam a linha de pensamento para a organização da pesquisa. Mulheres e homens, em decorrência de um conjunto de relações e papéis sociais a que estão inseridos, estão expostos a padrões distintos de necessidades de saúde no uso problemático de álcool e outras drogas? Quais as repercussões para a saúde das mulheres com o uso problemático de álcool e outras drogas? Quais as necessidades de saúde das mulheres atendidas no CAPS AD São Carlos?

Mobilizada por essas questões em minha trajetória profissional e na escuta de mulheres e suas vulnerabilidades, destaco para o desenvolvimento desta pesquisa a possibilidade de ofertar dados que contribuam para o fortalecimento das políticas para as mulheres e para a redução das desigualdades de gênero na atenção à saúde.

¹ Caps ad: serviço do SUS, de caráter interprofissional, especializado no cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

² Centro de Referência da Mulher, serviço de atendimento especializado às mulheres em situação de violência e risco, atuando também na Casa Abrigo (acolhe mulheres com risco iminente de morte), na mesma cidade.

Considerando a incidência de mulheres em uso problemático de álcool e outras drogas e a procura por serviços de saúde, bem como a escassez de pesquisas sobre “gênero, necessidade de saúde e o uso problemático de álcool e outras drogas”, é que destacamos a relevância deste projeto de pesquisa, contribuindo para a grande área da saúde coletiva e para a produção de conhecimento em saúde mental.

A relação com a prática dimensiona-se na compreensão das necessidades de saúde das mulheres atendidas no CAPS AD São Carlos, o que pode contribuir para o fortalecimento da linha de cuidado em álcool e outras drogas, especificamente em relação às usuárias. Busca-se a melhoria da escuta qualificada e a responsabilização dos profissionais no atendimento às mulheres, conforme a linha de pesquisa deste programa de pós-graduação.

Neste sentido, o tema da pesquisa insere-se na linha de pesquisa da Gestão do Cuidado em Saúde, na produção de conhecimento científico para o cuidado em saúde às mulheres atendidas no CAPS AD, contribuindo para a consolidação das políticas públicas em saúde mental.

Essa pesquisa diz respeito a obter subsídios para a produção de práticas que requeiram novas singularidades nas relações entre mulheres no CAPS AD. Tem como plataforma o trabalho vivo, dando sustentação ao debate dos processos de subjetivações implicados com a saúde (FRANCO e MERHY, 2013, p.14).

Neste sentido, a pesquisa possui como *objetivo geral* compreender as necessidades de saúde de mulheres atendidas em um CAPS AD do interior do Estado de São Paulo, a partir da perspectiva da articulação da sua história de vida com o uso problemático de álcool e outras drogas, e como *objetivos específicos*: 01) Caracterizar as concepções dessas mulheres acerca do uso de álcool e drogas, conhecendo suas experiências e 02) Conhecer as repercussões para a saúde devido ao uso problemático de álcool e outras drogas, identificando suas demandas e necessidades.

Para dar conta desses objetivos, utilizamos como metodologia a história oral de vida, que se vale da apreensão de narrativas destinadas a recolher testemunhos e promover análises de processos sociais de vida, e a coleta de dados foi realizada por entrevista aberta com 09 (nove) mulheres, com o relato da experiência pessoal relativos a fatos e acontecimentos que foram significativos e constitutivos de suas experiências, com foco no contexto de vida e sua representação quanto ao uso de álcool e outras drogas.

O referencial teórico-conceitual está dividido em três partes, primeiro na compreensão de gênero e os movimentos feministas que inclui a história de luta por direitos e a perspectiva do feminismo dialógico como possibilidade de transformação da vida das mulheres. A

segunda parte contém o entrelaçamento sobre necessidades de saúde, e por último finalizamos com as concepções sobre o uso problemático de SPA e atenção psicossocial.

A interpretação dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temática, permitindo tornar replicáveis e válidas as inferências sobre os dados do contexto da pesquisa, através da elaboração de categorias quanto às palavras e expressões significativas para a organização dos dados e a compreensão do significado do conteúdo apresentado.

Parte-se da reflexão que é emergente a mudança dos modos de se produzir saúde para homens e mulheres, assim faz-se pertinente a imersão nas intervenções e relações partilhadas, no jogo entre necessidade e modos de agir. É preciso que haja cumplicidade na relação trabalhadores-usuários, ofertando espaços de fala, escuta, olhares e significados (FRANCO e MERHY, 2013).

A compreensão das necessidades de saúde das mulheres visa obter subsídios para a transformação do agir em saúde em álcool e outras drogas, sob a perspectiva de gênero articulado com o feminismo dialógico como possibilidade de transformação de modos mais igualitários de vida.

1- INTRODUÇÃO

O consumo de substância psicoativa (SPA) acompanha a história da humanidade. Hoje em dia, o seu uso, sejam consideradas lícitas ou ilícitas, é uma prática de quase todos os cidadãos. Os motivos pela busca são diversos, como por prazer, relaxamento, pertencer a um grupo, desinibir-se, expandir a consciência, aliviar tensões, controle do humor e do afeto, entre outros. Há consenso de que as características da dependência de drogas são multifatoriais e biopsicossociais, assim, o cuidado deve focar-se no indivíduo, em uma abordagem que contemple a escolha e participação do sujeito envolvido (FILEV, 2015). Isso significa que, apesar das características do uso apresentarem semelhanças, a prática do cuidado deve ser singularizada, de acordo com as necessidades de cada um.

O uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas é reconhecidamente uma questão de saúde pública. O Relatório sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001) evidencia que as pessoas com uso problemático de drogas possuem necessidades complexas, como maior vulnerabilidade a patologias transmitidas pelo sangue (HIV, hepatites), distúrbios físicos e mentais associados, problemas nas relações pessoais, no emprego e com moradias. A elaboração das políticas sobre saúde mental, álcool e drogas deve ser levada em conta no contexto de políticas governamentais de saúde, bem-estar e sociais gerais.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), a porcentagem da população que fez uso de substância psicoativa na vida (com exceção de tabaco e álcool), é 19,4%. Em relação ao uso de álcool na vida, tem-se a representação de 77,3% da população masculina e 60,6% da população feminina, o que demonstra que mais da metade das mulheres já fez algum uso na vida (GALDUROZ *et al*, 2005).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em 2009, é o único no Brasil. Contém indicadores do consumo de diversas drogas e o impacto para a sociedade, entre os anos de 2001 e 2007. É possível identificar que de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, alucinógenos e crack, ou seja, houve aumento do uso dessas substâncias pela população em geral (BRASIL, 2009).

Em relação ao álcool, o gênero masculino apresenta maior uso na vida e maior dependência do que o feminino, em todas as faixas etárias. A prevalência de uso na vida de cocaína, nas 108 maiores cidades do país, foi de 2,9%, e de crack foi de 0,7%. (BRASIL, 2009).

A porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/crack é maior nas mulheres do que nos homens, o que pode estar associado a um consumo menos frequente e intenso dessas substâncias pelas mulheres com relação aos homens. Assim, as mulheres apresentaram maior preocupação em relação ao risco sobre o uso de drogas do que os homens (BRASIL, 2009).

Sobre os casos de internação, decorrentes do uso de drogas e notificados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, no período de 2001 a 2007, a maioria das internações ocorridas em 2007 deveu-se a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso do álcool (CID-10: F10), correspondendo a aproximadamente 69% dos casos. Em seguida vêm as internações decorrentes do uso de múltiplas drogas com cerca de 23% das internações, e de cocaína, que totalizam 5%, sendo que 88% das internações ocorreram em indivíduos do sexo masculino (BRASIL, 2009).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Unifesp, 2014), que retrata um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira, indica que, entre os bebedores de álcool, os homens prevalecem com 62% e as mulheres com 38%. Destaca-se um aumento na regularidade do consumo de bebidas alcoólicas nas mulheres entre os anos de 2006 e 2012, passando de 27% para 38%. Sobre as drogas ilícitas, a maconha é a de maior prevalência no Brasil, atingindo 5,8% da população adulta. O uso de cocaína uma vez na vida é 3,8%. O estudo revela que a prevalência do uso de crack na população adulta brasileira é de 0,7%. Outro dado relevante é que, embora nesse período tenha havido a redução da quantidade de fumantes em geral, nas mulheres essa diminuição é menor em relação aos homens.

Dados recentes da Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack (FIOCRUZ, 2014) indicam que 78,68% dos usuários dessa substância são do sexo masculino. Apesar da prevalência de homens, esse levantamento aponta o perfil das mulheres inseridas neste contexto: baixa escolaridade, vivência em situação de rua, história de violência sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, não frequência de uso de preservativo e troca de sexo por dinheiro ou drogas.

O Relatório Mulheres e Saúde afirma que os sistemas de saúde mundiais não estão atendendo as necessidades de saúde das mulheres e meninas. Há problemas que afetam igualmente mulheres e homens, mas por ter impacto maior ou diferente nas mulheres, precisam de respostas singulares, conforme suas necessidades. As desigualdades baseadas no gênero, como renda e emprego (os homens lideram os empregos formais e possuem maiores salários) limitam a capacidade das mulheres protegerem sua saúde e alcançarem um estado de saúde satisfatório (OMS, 2009).

Um dos agravos à saúde fundamentados em gênero refere-se às relações de poder desiguais, em que mulheres e meninas são tratadas como socialmente inferiores em relação aos homens, subjugadas por normas de conduta, dificultando assim o acesso à saúde, pois não são vistas nem ouvidas por esta condição. Outra vulnerabilidade relaciona-se a formas particulares de violência contra as mulheres, como a física e a sexual, associadas a distintos problemas de saúde, como traumatismos, abortos, depressão, uso de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis e óbitos prematuros (OMS, 2009).

Os levantamentos nacionais sobre o uso de álcool, drogas e substâncias psicotrópicas demonstram que mais da metade das brasileiras já fizeram o uso de álcool e que esse consumo cresceu entre elas, bem como que os homens reduziram mais o tabaco em relação às mulheres. Neste sentido, as mulheres estão ocupando maior espaço no consumo de substâncias psicoativas.

Segundo Wolle e Zilberman (2011) é possível identificar diferenças de gênero no uso de SPA, como o motivo para uso, comorbidades distintas, fatores culturais e metabólicos. As mulheres, por exemplo, possuem volume corporal de água menor que os homens, logo, a concentração de álcool se eleva mais nelas, por isso elas possuem maior sensibilidade ao álcool. Em relação aos fatores psicológicos, sentimentos como timidez e preocupação com a imagem corporal é mais comum entre as mulheres, que apresentam comorbidades como transtorno de estresse pós-traumático, fobias e alimentares, enquanto que nos homens são mais frequentes o transtorno de personalidade antissocial ou de déficit de atenção e hiperatividade, por exemplo. Por essas diferenças relacionadas a transtornos afetivos serem mais comuns nas mulheres, os índices de tentativas de suicídio também é mais comum entre elas (BORDIN *et al*, 2010).

Outras particularidades relacionadas às mulheres são maiores riscos à infertilidade ou menopausa precoce, prejuízos ao feto durante a gestação e no desenvolvimento do bebê, além do que, é recorrente a responsabilidade da mulher em relação aos cuidados dos filhos, o que pode desencadear problemas ainda maiores nas mulheres consumidoras de SPA (BORDIN *et al*, 2010).

Diferenças na educação de meninos e meninas (iremos apresentar o assunto mais adiante) apontam as iniquidades de gênero. Enquanto os “porres” dos meninos são estimulados e exacerbam a sua masculinidade, nas meninas “não fica bem exagerar” (Bordin *et al*, 2010). Tais situações influenciam o estigma direcionado para um e para outro, como por exemplo, ao afirmarem que as mulheres sob efeito de SPA são mais promíscuas, ou que a violência pelo parceiro se justifica pelo estado de embriaguez da companheira.

As desigualdades baseadas no gênero, em decorrência de um conjunto de relações e papéis sociais em que homens e mulheres estão inseridos, limitam a capacidade das mulheres protegerem a sua saúde, conforme relatório da Organização Mundial de Saúde. Parte-se da hipótese de que há especificidades de gênero no uso problemático de álcool e outras drogas, assim, os serviços de saúde necessitam identificar essas necessidades de saúde para singularizar as ações do cuidado e atenção em saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi lançada em 2004, e nela também encontramos características como as publicadas pela ONU cinco anos depois. Os problemas de saúde das mulheres em nosso país são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras características como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades (BRASIL, 2004).

A PNAISM estabelece ainda a importância dos profissionais do SUS incorporarem a dimensão de gênero na saúde mental:

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde (Brasil, 2004).

Conforme aponta Bolzan (2015), a política de saúde para mulheres consumidoras de substâncias psicoativas aponta para a invisibilidade de gênero (não é vista com especificidade para as mulheres) e homogeneizadora (igual para homens e mulheres):

O mesmo ocorre com relação ao uso de drogas por mulheres, na medida em que há pouca abordagem do tema nessas políticas, algumas apenas referem como um fator de vulnerabilidade, porém não consta uma análise sobre os determinantes de gênero e o uso de drogas realizado por mulheres. Se percebeu também a falta de planejamento de ações que viabilizem um suporte para os profissionais no cotidiano de trabalho, demonstrando uma invisibilidade e homogeneização dessas políticas, “como se todos pertencessem a uma mesma categoria social e devessem ser vistos a partir de um mesmo enfoque”.

As mulheres com o uso problemático de álcool e outras drogas enfrentam barreiras de ordem estrutural (localização do serviço, rigidez na programação e critérios de admissão), sistêmica (falta de habilidade para a identificação da diferença de gênero), e social, cultural e pessoal (referência aos comportamentos e papéis predeterminados para as mulheres) na busca e permanência de tratamento (OLIVEIRA *et al*, 2007).

O estudo de Caixeta *et al* (2015) sobre as vulnerabilidades relacionadas às mulheres em uso e abuso de substâncias psicoativas indica que os fatores de risco neste cenário são a violência, permissividade, insatisfação, disponibilidade para a compra, falta de regras claras e efeito agradável da droga. Os fatores de proteção contêm o autoconhecimento, informação sobre o efeito, regras de conduta clara e capacidade resolutiva diante de uma situação. As(os) autoras(es) avaliam que não há equilíbrio entre os fatores de risco e protetivo, o que aumenta as vivências de vulnerabilidades.

O CAPS AD São Carlos, conforme a percepção de Cicilini (2015) sobre o trabalho da equipe, desenvolve suas ações assistenciais voltadas predominantemente para o público masculino. Os(as) profissionais identificaram que há baixa adesão das usuárias ao projeto terapêutico, uma vez que as oficinas são ofertadas no período matutino, momento em que as mulheres estão cuidando dos afazeres domésticos e/ou dos(as) filhos(as). Outra constatação é que a reunião de equipe foi considerada uma estratégia de gestão coletiva do serviço, porém, não são todos os profissionais que dela participam, o que pode interferir no planejamento de estratégias de intervenções terapêuticas às usuárias mulheres.

Assim, diante da falta de ações heterogêneas que especifiquem as ações para as mulheres no cuidado em álcool e outras drogas, das barreiras encontradas pelas mesmas para a busca e permanência no tratamento e pelas vulnerabilidades em que se encontram pelo uso e abuso de SPA, este estudo pretende trazer o aporte de gênero para discutir o cuidado em saúde das mulheres atendidas no CAPS AD, sob a perspectiva das suas necessidades de saúde, por meio da apreensão de suas histórias de vida.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualização sobre Gênero e Movimentos Feministas

A dimensão de gênero planejada para esta pesquisa veio no sentido de problematizar a questão do cuidado em saúde para as mulheres em uso de álcool e outras drogas, em um serviço com o predomínio de uma clientela masculina e com intervenções terapêuticas que em sua maioria não enfatizam as diferenças de necessidades de homens e de mulheres. Busca-se dar maior visibilidade para a atenção em saúde das mulheres, e para isso faz-se pertinente compreender as questões de diferenças históricas atribuídas aos papéis e cultura para homens e mulheres, e discutir possibilidades de enfrentamento dessas situações.

A compreensão de gênero foi se organizando a partir da história das relações entre os sexos e suas manifestações (Piscitelli, 2001), e por ser disparada por meio do movimento feminista, possui em suas discussões iniciais a questão do feminino e da mulher. Assim, os assuntos de gênero e movimentos feministas são distintos entre si. Embora um não prescindia do outro, o movimento feminista antecede a discussão de gênero. Por isso vamos fazer um delineamento sobre esses dois pontos nesse capítulo.

Partindo-se de uma denominação abrangente, vamos apresentar o feminismo em seu aspecto universal: trata-se de uma luta das mulheres contra todas as formas de dominação, exclusão e discriminação a que são tradicionalmente submetidas. Considera-se que existe *“uma opressão específica a todas as mulheres, independente de classe social, raça/etnia, orientação sexual, faixa etária, origem geográfica, e em qualquer hemisfério que esteja localizado seu país”* (TELES, 2003, p.51).

Os movimentos feministas surgiram na Europa e nos Estados Unidos pelos anos 1920 e 1930, em discussões e reivindicações como o direito ao voto e à educação, entre outros. O conceito de gênero foi disseminando-se a partir desses movimentos, da década de 1960 em diante, e até hoje é tema de estudos em desenvolvimento, e está distante de caracterizar como um todo unificado (PISCITELLI, 2001).

Na América Latina, a luta pela conquista do voto foi se disseminando. O Equador foi pioneiro em 1929, no Brasil, Uruguai e Cuba na década de 30 e o México, Peru e Colômbia apenas por volta da década de 1950 (Costa, 2005). Destaca-se uma diferença de mais de vinte anos de história entre um país e outro.

Posteriormente ao voto, em toda a América Latina, as mulheres se organizaram em clubes de mães, associações de combate ao aumento do custo de vida, nas associações de

bairros, nas lutas por demandas sociais (escolas, hospitais, saneamentos básicos, creches, transporte, etc) pelo direito à terra e segurança (Costa, 2005). Essa primeira forma de movimento caracteriza-se pelo questionamento da divisão sexual dos papéis de gênero e das funções maternas e domésticas.

No Brasil, segundo Sarti (2001), os movimentos feministas surgiram durante a ditadura militar, época marcada na luta pela democracia e pela participação política da sociedade civil, quando as mulheres iniciaram a busca pela atuação nos espaços de discussão e decisões, lugares estes impregnados por presenças exclusivamente masculinas. Assuntos como a virgindade e o casamento eram peças-chave para a busca de emancipação, permeados pela base marxista e psicanalítica.

Sarti (2001) aponta que o advento da entrada das mulheres no mercado de trabalho, por exemplo, foi razão para a eclosão de inúmeros movimentos sociais liderados por feministas, muitos deles em oposição aos preceitos da Igreja Católica e do Estado. No Brasil, estes movimentos configuraram-se sob duas vertentes: a primeira especificada pelas ações públicas das mulheres, e a outra relacionada ao campo da esfera privada. Na década de 80, os grupos adquiriram maior autonomia e reconhecimento. Iniciam-se os primórdios de estudos e políticas públicas que delineiam a questão da violência de gênero como uma categoria particular, o que posteriormente dará surgimento às instituições especializadas para atendimento às mulheres em situação de violência e de legislações específicas para a área.

Embora o movimento feminista, tanto no campo político quanto de pesquisas teórico-científicas esteja se consolidando mundialmente, promovendo transformações, ainda há muito a ser enfrentado. As mudanças parecem ocorrer nas minorias protegidas socialmente, e em se tratando da violência, abarca as infinitas formas de laços sociais. O predomínio das relações de poder do homem e da aniquilação dos desejos das mulheres pela cultura machista são desafios a serem enfrentados.

Conforme estabelece Teles (2003), o feminismo atual reformula o conceito de libertação (remetendo aos movimentos do século XIX) que prescinde da igualdade para afirmar a diferença, entendida não mais como desigualdade com complementaridade, mas como crescimento histórico da identidade feminina. Em outras palavras, o movimento feminista contemporâneo não almeja apenas a emancipação das mulheres, mas a busca da libertação das mulheres e tampouco dos homens, pois estes estão envolvidos no mito do macho, que os configuram como falsos depositários do poder, força e inteligência.

Com o advento dos movimentos feministas, surgem as denominações sobre gênero. Uma das teóricas precursoras da discussão sobre gênero foi Gayle Rubin. Em uma análise

textual sobre as mulheres, Rubin (2012) se debruça em estudar o assunto na qual nomeia de sistema sexo/gênero como um conjunto de arranjos em que a sociedade humana transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, ou seja, é moldada pela intervenção humana e social, permeada pela cultura. Para a autora, gênero é uma divisão dos sexos impostas socialmente. É um produto das relações sociais de sexualidade. Assim, a diferença entre homens e mulheres não vem da natureza, mas sim da cultura permeada nessa relação.

Para Rubin (2012), que busca compreender a origem da opressão e subordinação das mulheres, e desnaturalizar as desigualdades de gênero, com base nos estudos de Strauss e Freud, permeando também por antecessores como Marx e Engels, o gênero abrange os sistemas sexuais e suas relações sociais, culturais, econômicas e políticas associadas, e a opressão das mulheres advém desse sistema de relações. Portanto, em uma conjuntura ampla sobre a compreensão desse sistema de relações, afirma:

Uma análise abrangente das mulheres numa única sociedade, ou ao longo da história, deve levar *tudo* em conta: a evolução das formas como as mulheres se transformam em um bem, sistemas de posse da terra, acordos políticos, tecnologia de subsistência, etc. Igualmente importante: as análises políticas e econômicas são incompletas se não se levam em conta mulheres, casamento e sexualidade (RUBIN, 2012, p.62)

Outra teórica que amplia a discussão sobre gênero é Scott (1995), que faz uma descrição sobre a produção de estudos sobre o feminismo e da relação entre os sexos em diferentes abordagens teóricas, entre elas, pesquisas de historiadoras, da linha psicanalítica (escola americana e francesa), teoria marxista, teoria do patriarcado, teoria política e sociológica. A questão da autora está em posicionar gênero como uma categoria de análise histórica, definindo-o sob dois aspectos:

(...) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995, p.86).

Através deste entrelaçamento conceitual, a autora discorre sobre os elementos que subsidiam as diferenças entre os sexos, entre eles as representações simbólicas, os conceitos normativos, a noção de política e a identidade subjetiva, um interligado ao outro. Ao final do artigo, Scott (1995) traz uma série de argumentações que colocam em questão a necessidade

de transpor o conceito de gênero para discussões, pesquisas e práticas que possam dar novos significados e posicionamentos quanto a esta vertente, bem como para análise de outras categorias como raça e classe social.

Scott (1995) reforça uma concepção analítica para o conceito de gênero, para além de um único instrumento descritivo, e chama a atenção para a necessidade de se pensar na linguagem, nos símbolos, nas instituições e sair do pensamento dual que recai no binômio homem/mulher, masculino/feminino.

Compreende-se gênero, segundo Scott (1995) como o modo como as características sexuais são compreendidas e representadas, ou seja, como o masculino e o feminino são trazidos para a prática social e simbólica. É também uma maneira de significar as relações de poder e sua recorrência e de estruturar os modos de perceber e organizar toda a vida social.

Ou seja, não é o corpo biológico que define o que é ser homem ou mulher na sociedade, e sim o que uma cultura faz das diferenças do sexo biológico, de acordo com o significado que é atribuído às relações de poder. Assim, é possível compreender as formas diferenciadas de acesso e de direitos na sociedade entre homens e mulheres, sendo que a maioria das instituições reforça essa relação (SANTOS, 2014).

Segundo Santos (2014), a desigualdade entre homens e mulheres possui historicidade e está em diferentes sociedades. A partir dos movimentos feministas, essa desigualdade se tornou visível e problematizadora, e assim foi possível identificar que essas diferenças são baseadas não na diferença biológica entre os sexos, mas construídas socialmente nas relações de poder de dominação e submissão.

No livro “Mulher e Homem – O mito da desigualdade” Dulce Whitaker descreve as diferentes formas de construção social do homem e da mulher, em suas relações afetivas, convivência familiar, no campo escolar e do trabalho e nos papéis que a sociedade remete a cada um deles, com exemplos e contextos que oferecem ao leitor uma oportunidade de reflexão sobre as próprias ações que perpetuam a desigualdade entre ambos.

A primeira parte desse texto retrata a desigualdade na educação informal entre a infância e a adolescência, apresentada pela autora através do levantamento entre a relação da mulher e as mudanças sociais, com destaque para aspectos culturais que vulgarizam a concepção de inferioridade da mulher (Whitaker, 1988). Há uma descrição sobre os mitos que desde a gravidez colocam a diferenciação entre a espera de um bebê homem ou mulher, por exemplo, e sobre a definição de cultura e socialização na primeira e segunda infância, como a amamentação, o controle da agressividade e as expectativas esperadas para um e outro. Na adolescência, onde há mudança corporal, incorrem cobranças no perfeccionismo do corpo das

meninas, que se estenderão até a vida adulta e diferenças na descoberta da sexualidade, uma vez que os meninos são estimulados ao ato sexual, enquanto para elas esta possibilidade é vetada socialmente (WHITAKER, 1988).

A segunda parte remete ao período escolar, onde a educação formal reforça os papéis sexuais estipulados para o masculino e o feminino, como a educação para os serviços domésticos para a menina e para os meninos atividades técnicas e industriais, e ainda Whitaker (1988) faz um aporte sobre a educação na categoria da classe social de baixa renda e media. Outra perspectiva trabalhada pela autora é a relação entre trabalho e gênero, com as diferenças salariais e de promoção de cargo para homens e mulheres e a divisão sexual nas carreiras profissionais. Assim como Scott (1995) insere as relações de poder no estudo sobre o feminismo, Whitaker (1988) pontua as determinações de poder que o ser humano tem sobre o outro, com destaques para relações mãe e filho, afetiva entre homem e mulher e no trabalho.

Ou seja, as desigualdades de gênero são construídas desde a infância, apontando diferenças para os papéis de homens e mulheres, e na vida adulta elas se perpetuam nas relações afetivas, nos papéis desempenhados no trabalho e em instituições (Santos, 2014). No entanto, exatamente pelo fato de serem construídas socialmente, essas diferenças podem ser transformadas para a promoção da igualdade, por meio da educação, por exemplo.

Distintos movimentos feministas especificam as ações e formas de organizações das mulheres para os avanços e conquistas por uma sociedade com maior participação das mulheres. No entanto, apesar dos avanços, as mulheres ainda têm limites de oportunidades e são as mais prejudicadas pelo sexismo, como é manifesto pela divisão sexual do trabalho, ou por poucas mulheres nos espaços de poder e decisão, e pela maior das desigualdades, a violência, sendo a de gênero a mais representada (CHERFEM *et al*, 2010).

Em Saffioti (2015), a ideologia sexista se apresenta na relação de dominação-subordinação, mas ela não deve ser analisada isoladamente. A análise das relações de gênero deve ser concebida em conjunto com as categorias raça-etnia e classe social, constituindo o que a autora chama como nó de gênero, uma vez que essas três contradições sociais não podem prescindir uma às outras.

Por Chermem *et al* (2009, P.02) “*Não esqueçamos ainda que reduzir as diferenças entre homens e mulheres é muito simplista, existem diferenças entre os próprios homens, entre mulheres e mulheres, além das diferenças étnicas, culturais, religiosas, políticas, etc*”.

Para Saffioti (2015), as relações de poder, tal como apresentadas por Scott (1995), devem ser dimensionadas sob a perspectiva do poder na sociedade, ou seja, relacioná-las com o patriarcado, que, segundo defende a autora, cobre uma postura desigual de poder entre

homens e mulheres. O patriarcado está em todas as esferas da vida social, não apenas na sociedade civil como no Estado.

A discussão sobre patriarcado nos estudos de Engels, no livro “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, surge a partir do trabalho, mais especificamente, na concepção sobre a divisão do trabalho baseada no sexo, no momento em que surgem as classes sociais advindas das propriedades privadas. Nessa divisão, a dominação era exercida pelos homens no trabalho fora da família, enquanto às mulheres, as relações se davam no âmbito doméstico, caracterizando assim sociedade patriarcal (PISCITELLI, 2001).

Conforme Engels (2006, p.75) “*As coisas mudaram com a família patriarcal (...) mas isso se fez da maneira tal que, se a mulher cumpre os seus deveres no serviço privado da família, fica excluída do trabalho social e nada pode ganhar*”. Isso oferece ao homem a posição dominadora, e à mulher uma posição de submissão, e para o mesmo autor “*Então é que se há de ver que a libertação da mulher exige, como primeira condição, a reincorporação de todo o sexo feminino à indústria social (...)* (idem, p.76).

Em crítica às questões da cultura e do patriarcado, os estudos contemporâneos sobre o gênero tem ido além da categoria feminino, e integram a questão das masculinidades e de outras compreensões do feminino e do masculino, como a teoria da performatividade butleriana, que problematiza as práticas que impõem um comportamento uniformizado da cultura no que diz respeito a sexo e gênero, a saber a binaridade heterossexual, e propõe a compreensão de gênero para o campo da sexualidade não normativa (REIS, 2013).

Sobre a sexualidade normativa e gênero, Butler reforça a necessidade de subversão:

O gênero é uma complexidade cuja totalidade é permanentemente protelada, jamais plenamente exibida em qualquer conjuntura considerada. Uma coalisão aberta, portanto, afirmaria identidades alternativamente instituídas e abandonadas, segundo as propostas em curso; tratar-se-á de uma assembléia que permita múltiplas convergências e divergências, sem obediência a um telos normativo e definidor (BUTLER, 2016, p.42)

Neste sentido, compreendemos que o gênero está implicado em diferentes concepções relacionadas ao poder e a outras categorias de análise. Conforme interpretado por Figueiredo (2008, p.39), “*gênero inclui o corpo, tal como ele é vivido, inclusive, na sua própria diferenciação sexual, e se constrói nas relações sociais entre corpos. É vivenciado, pois, nas várias interseções das relações sociais: a classe social, a etnia, a geração, (...)*”.

Como pudemos apresentar, há distintas concepções sobre gênero, sendo um tema que não se esgota nas discussões acadêmicas e de políticas públicas, e está em constante processo de elaboração. Para esta pesquisa, não pretendemos unificar um conceito. A idéia é apresentar que o gênero é uma perspectiva a ser evidenciada nas dimensões relacionais e sociais, e que a sua análise torna-se um dado crucial de pesquisa (HEILBORN, 1994).

A utilização da categoria de gênero na compreensão das relações sociais entre homens e mulheres, não concebendo-o apenas como expressões biológicas do feminino e masculino, contribuiu para a constituição de ações afirmativas, cotas mínimas de mulheres nos partidos políticos, proporcionando assim a visibilidade da questão da mulher como categoria específica de análise, bem como as dimensões étnico-raciais, de classe social e de orientação sexual (TELES, 2003).

Como proposta de enfrentamento e transformação das desigualdades na relação entre homens e mulheres, a socióloga espanhola Lidia Puigvert apresenta e difunde a proposta do *feminismo dialógico* como mecanismo que utiliza o diálogo para a ação coordenada de diferentes mulheres para a transformação das relações, de forma que todas sejam respeitadas e tenham proteção social, inclusive na relação social entre as próprias mulheres (SANTOS, 2014).

No texto *Feminismo Dialógico – Aportaciones de las “otras mujeres” a la transformación social de las relaciones de género*, escrito por Lidia Puigvert (2001) no livro “*Mujeres y transformaciones sociales*”, contém o relato a partir de uma transformação pessoal e intelectual da autora após um encontro com mulheres rurais no interior da Espanha, concebendo e analisando a capacidade de organização que as mesmas possuem em suas ações cotidianas.

Puigvert (2001) inicia um novo estudo sobre a concepção do feminismo, e promove transformação no campo prático e teórico desta temática. Descreve uma trajetória conceitual que perpassa pelas prerrogativas dos movimentos sociais da época, pressupondo uma idéia de emancipação e liberdade equivocadas, uma vez que estas manifestações, ao invés de promoverem a autonomia, perpetuavam a desigualdade, culminando com as conseqüências da crises desses movimentos, e propõe uma nova concepção do feminismo - o dialógico.

O ponto de destaque do texto “*las otras mujeres*” foi conhecer a idéia defendida sobre a existência de duas formas de conceber a relação entre o estudo do feminismo: uma ao colocar a questão entre as relações sociais das mulheres acadêmicas, e a outra que define “*as outras mulheres*”, portanto, as não-acadêmicas, ou seja, que não possuem proteção social. O

que significa incluir outras mulheres como protagonistas de movimentos delas mesmas para elas mesmas, e não só para as que possuem domínio intelectual e proteção social.

Esta teoria defende a luta pelo respeito e pelos direitos das mulheres, oferecendo voz e dialogicidade a todas, tendo como organizador o estudo de distintas fases do movimento feminista, descritas pela autora como: 1) *Feminismo da Igualdade* – considerada reducionista por abarcar apenas uma pequena parcela da população, as mulheres acadêmicas; 2) *Feminismo da Diferença* – onde a crítica é que o aporte às diferenças pode efetivar a desigualdade e 3) *Feminismo da Diversidade* – que, segundo a autora, falha ao considerar o diverso também a partir de pessoas protegidas socialmente.

Como proposta de enfrentamento dessas manifestações que não inserem todas as mulheres, Puigvert (2001) difunde a proposta da *Igualdade de Diferenças*, pautada a partir do reconhecimento da diversidade de cada mulher, através do diálogo e do respeito sobre as variadas formas de “ser” mulher, sendo possível assim estabelecer igualdade e transformação.

O feminismo dialógico busca radicalizar o diálogo entre as mulheres, na busca por alcançar o maior número de pessoas nos debates e ações dos movimentos de luta, no caminho da superação das relações de opressão. Orienta-se pelo princípio da *Igualdade de Diferenças*, que significa a necessidade de convivência entre distintas identidades, de forma a superar a identidade única do modelo de homem, branco, heterossexual, de classe média urbana, para a composição dos outros panoramas de convivência entre diferentes identidades (mulheres, negros, homossexuais, trabalhadores do campo, etc). Assim, refere-se ao direito de viver a diferença:

O feminismo dialógico apresenta em suas bases as teorias da Aprendizagem Dialógica, contidas nas elaborações de Habermas (1987), em torno da Ação Comunicativa, e de Paulo Freire (2005) sobre a Dialogicidade, uma vez que supõem que os sujeitos, por meio do diálogo, são capazes de entendimento e de atuarem para a transformação dos contextos e das relações. Esta atuação se daria a partir da ação coordenada de todas as mulheres, sem discriminação de nível de estudo, geração, classe social e raça/etnia, na luta por direitos para mulheres, incluído o direito ao atendimento de necessidades específicas da vida feminina nos diferentes grupos, gerações e culturas (CHERFEM *et al* 2009, p.04)

Uma das práticas de difusão do feminismo dialógico está na organização de grupos entre mulheres como possibilidade de promover a criação de espaços de reflexão e ação,

estabelecendo laços de solidariedade e trocas de experiências, e possibilidades de mudanças de práticas em suas vidas (Cherfem *et al*, 2010).

“Quando as mulheres começam a se transformar, a mostrar a sua movimentação, exigem que os homens e toda a sociedade se movimentem também, construindo, diariamente, relações de gênero mais igualitárias” (CHERFEM *et al*, 2009).

Neste sentido, conforme Cezar (2005) é importante contextualizar e ampliar as discussões sobre as mudanças ocorridas socialmente em relação às mulheres, e investigar como os estereótipos de gênero favorecem determinados comportamentos. Assim, este estudo traz a discussão de gênero e movimentos feministas para a dimensão do cuidado relacionado ao uso de álcool e outras drogas, por meio do deciframento dos relatos da história de vida das mulheres atendidas, e assim compreender a particularidade das suas necessidades de saúde, de forma a contribuir para a construção de relações mais igualitárias e dialógicas no cuidado em saúde para homens e mulheres.

2.2 Explicação sobre Necessidades de Saúde

Pesquisar a questão de gênero em uma instituição de saúde que possui a maior prevalência de homens é um paradigma a ser enfrentado em nossa pesquisa, uma vez que buscamos dar visibilidade e voz às mulheres, em um contexto que se constitui historicamente pelo discurso do masculino, e que agora buscamos também espaço para que as mulheres sejam acolhidas e cuidadas, junto com os homens, não mais que eles.

Como apontado por Schraiber (2012), uma das práticas da intervenção dos profissionais em saúde está em tornar visível a desigualdade de gênero, de forma a tornar crítico o campo da redução biomédica do corpo, para abrir espaço às práticas de saúde que incluam as questões de gênero. Para a autora, a equidade na atenção em saúde não está em medidas idênticas para homens e mulheres, pois as características da concepção de poder na sociedade se refletem nas desigualdades entre os gêneros, e a saúde precisa fazer uma aproximação crítica em relação a isso.

O modo de ver a saúde é distinto para homens e mulheres. Enquanto nos homens dimensiona-se no campo da saúde do trabalhador e clínico-cirúrgicas, nas mulheres aparece no espaço doméstico, com filhos, a voltar-se para o corpo reprodutivo e de todo o cuidado da família (SCHRAIBER, 2012).

E se estamos a lidar com paradigmas, lidamos também com processo de gestão do cuidado no trabalho em saúde. Para organizar os processos de trabalho, faz-se pertinente

debruçar em cima das necessidades de saúde, pois identificamos que para compreender o que o nosso público alvo necessita, precisamos potencializar as práticas de cuidado em saúde e torná-las o centro das intervenções. Por isso fizemos a escolha desse referencial teórico, associado ao de gênero, como pilares para a discussão sobre a saúde de mulheres com problemas no uso de álcool e outras drogas, no contexto do CAPS AD São Carlos.

Ayres (2009a) ao narrar um momento ocorrido entre ele e sua paciente, troca a palavra “consulta” por “encontro”. O primeiro parece ser caracterizado pela hierarquização e pela lógica da prescritividade assistencial, enquanto que o segundo remete a igualdade entre diferentes saberes, que se complementam um com o outro. Disso podemos remeter que, para que haja cuidado, é preciso horizontalidade entre profissional e paciente, o que significa se colocar na relação de igual para igual no exato momento deste encontro.

Esta relação é representada por Franco e Merhy (2013, p.142): “(...) *no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia*”. Nesse encontro relacional, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido, o que predomina é o atributo da liberdade, da criação, da inventividade. A relação entre trabalhador-usuário, no campo do invisível, é permeada pelos afetos e na intersecção de subjetividades, o que impacta na forma de significar o mundo, conforme defende os mesmos autores.

O envolvimento dos afetos no cuidado em saúde pode fazer correlação com o que Ayres (2009a) discorre sobre o projeto de felicidade em sua análise ontológica sobre o cuidado. O autor evidencia a felicidade como um horizonte normativo que enraíza o que as pessoas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde, ladeada pelo sentido da existência. O cuidado é a humanização do ato assistencial, permeado pela dimensão dialógica (e pelos afetos) para a busca do sentido existencial da experiência do adoecimento. Trata-se de projetos de vida. Trata-se ainda de proposta política! *É um ato político!* O sentido do cuidado significa ser capaz de emancipar pessoas, possibilitando a construção de sua autonomia (BALLARIN, CARVALHO e FERIGATO, 2009).

O cuidado se faz na prática, na interação, que se distingue da técnica e do científico, dando lugar para saberes não técnicos e para os sujeitos no seu mundo (Ayres, 2009b). Se o paciente não for o detentor do seu saber, atuando como sujeito, se não interage subjetivamente, não há produção de saúde. Aqui, podemos considerar que mais do que a densidade teórico-conceitual, a prática do campo relacional é a grande propulsora do se fazer saúde.

Conforme explica Ayres (2001) em sua imersão no estudo sobre a concepção de sujeito e intersubjetividade na saúde: “*não existe o sujeito individual*”. Há um encontro quando um sujeito se coloca diante do outro, e o que move esse encontro não é apenas o êxito técnico, mas uma situação de felicidade, intermediados pela linguagem. É ela (linguagem) que põe um em contato com o outro. Portanto, afirma Ayres (2001), “*sujeitos são diálogos*”, o que significa dizer que nos constituímos por meio do diálogo, um em relação com o outro. Aí está a intersubjetividade. Neste sentido, o cuidado em saúde é permeado pelo encontro de sujeitos (profissional – paciente), intermediado pela linguagem e por um projeto de felicidade.

Além da perspectiva relacional, há o sentido social. Minayo (2001) pontua que o sujeito-coletivo-da-saúde é a própria sociedade. A saúde transcende os limites setoriais, depende de políticas sociais, e envolve relações institucionais e individuais. Ela (saúde) perpassa por conflitos de interesses (classes, corporativos, grupos, gêneros, etnias) sociais e políticos. Portanto, mais uma vez, o sujeito na saúde não deve ser concebido como individual e possuidor de aspectos biológicos e de doenças, mas sim em sua relação com a sociedade, com a vida social e política em que está inserido.

Campos e Campos (2006) afirmam “o sujeito é co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca”, logo, é dele a responsabilidade pela reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo, e a partir daí, na produção de transformação.

Discorreremos sobre o cuidado para iniciar a apresentação sobre necessidades de saúde. Campos (2004) fez uma explanação sobre as distintas compreensões sobre esse tema em saúde, ao fazer uma classificação dessas concepções, sob dois contextos: a definição abstrata, com maior adensamento teórico, e o conceito operacional, relacionado a produção de serviços de saúde, por aqueles que organizam a assistência em saúde.

Para compreender o âmbito operacional, Campos e Mishima (2005) apontam que os processos de trabalho em saúde devem possuir como finalidade o atendimento das necessidades de saúde dos grupos sociais constituídos no território, o que significa considerar a importância da tomada de determinação social no processo saúde-doença.

Caminhar por essa vertente pode contribuir para o enfrentamento do que Schraiber (2012) denomina como o estranhamento da atenção integral, vivenciada por profissionais alienados das marcas sociais em suas práticas, por não reconhecerem os direitos humanos e sociais na demandas dos usuários dos serviços, e assim, não tratarem as necessidades de saúde sob essa perspectiva crítica.

Ainda sobre a finalidade no cuidado em saúde, conforme Figueiredo (2008. p.66)

No processo de produção de cuidados em saúde, a finalidade se refere à reparação e manutenção de um estado vital desejante de indivíduos que se sentem necessitados, cujas necessidades podem ser caracterizadas como necessidades de saúde. No trabalho em saúde, a satisfação das necessidades também pode ser antevista naquelas situações para as quais já foram encontradas respostas adequadas para a reparação do estado vital desejado e, portanto, também são passíveis de serem solucionadas. (...) As necessidades de saúde, portanto, assumem um caráter central quando se pretende compreender as práticas de cuidados de saúde.

Pela apresentação de Stotz (2004), as necessidades de saúde são individualmente sentidas, biológica e socialmente determinadas, e por privilegiar grupos sociais em detrimento de outros, decorrem em necessidades ignoradas, ocultadas ou reprimidas. Quanto mais desigual a situação econômica, as identidades de gênero, etnia ou de raça em uma sociedade, tanto maior serão as necessidades de saúde dos distintos grupos populacionais, portanto, nos serviços de saúde, as pessoas devem ser contextualizadas em suas relações sociais, em suas trajetórias de vida e na cultura em que vivem.

Assim, responder a essas necessidades sob o ponto de vista da valorização igualitária de mulheres e homens possibilita reordenar as práticas profissionais relativas à política de atenção integral (SCHRAIBER, 2012).

De acordo com a delimitação de Mendes-Gonçalves (2017), o que se constitui em necessidade de saúde passará por um conjunto de determinações estruturais dentro do qual o homem vem a ser humano, isto é, indivíduo imediatamente sócio-histórico em sua individualidade, ou seja, a necessidade de saúde é histórica e socialmente determinada. E, a partir do advento do capitalismo, devem ser compreendidas também como necessidades sociais, pois trata-se de necessidades de grupos específicos da sociedade e do trabalho, que buscam alcançar todos os indivíduos.

Mendes-Gonçalves (2017, p.371), apresenta alguns critérios para identificar e satisfazer as necessidades de saúde, entre um deles, o do encontro dos indivíduos para além do individual:

Quando os recortes de existência de necessidades ultrapassam o plano da individualidade abstrata para reencontrá-la em transindividualidades em que ele se reconhece. A necessidade aqui é do indivíduo enquanto mulher, enquanto homem, enquanto trabalhador, enquanto adolescente, enfim, enquanto subgênero de natureza sócio-histórica que aparece como valor transcendente à mera individualidade sem negá-la, mas afirmando-a como específica e concreta

Conforme explicita Figueiredo (2008), quando uma pessoa procura um serviço de saúde, com suas queixas e solicitações, busca-se a resolução desses problemas, tanto por meio do reconhecimento do usuário pela sua demanda apresentada, quanto pela assistência ofertada pelo serviço, trilhando o cuidado pela necessidade de saúde apresentada. Nesse encontro entre profissionais e usuários constroem-se as necessidades de saúde.

Schraiber e Mendes Gonçalves (2000) referem a ida ao serviço de saúde como uma estratégia do usuário em busca de satisfazer uma carência, podendo ser ela física ou orgânica, ou mesmo um sofrimento não identificado, ou ainda algo como uma falta, como a falta de informação, exemplo citado pelos próprios autores. Quando uma pessoa procura o serviço, ela identifica que há soluções para o seu problema, e assim, a intervenção realizada diante desse carecimento é reconhecida como necessidade.

Além do aspecto do carecimento, esses autores apontam que há um movimento de circularidade na relação entre a organização da produção, a oferta e a distribuição entre os serviços na rede, de acordo com as dimensões entre o individual e o social, considerando os setores de vida sociais. Sob essa vertente, as necessidades produzem-se na vida em sociedade, e assim o carecimento não se situa apenas em necessidades de uma ou outra pessoa, mas de muitas delas, ou de todas elas, o que inclui a ação da noção sanitária de risco, por exemplo. No entanto, alertam os autores, nessa dimensão coletiva das necessidades, pode haver influência também de uma manipulação ideológica e política, mostrada na pauta de carecimentos de um coletivo, mesmo que potencialmente não venha a ser de todos (SCHRAIBER e MENDES GONÇALVES, 2000).

Mas a necessidade de um grupo coletivo não pode ser analisada sem se reconhecer que há desigualdade nas necessidades sociais da população, já que vivemos em sociedade com suas singularidades culturais, econômicas, ambientais e sociais. Se não particularizar as ações, a voz excluída será dominada por uma reprodução da vida social já instituída, silenciando o diálogo crítico, inviabilizando a busca por formas alternativas de vida. O produto desta alienação, destituídos do exercício de sua subjetividade, é o que os autores chamam de reificação (coisificação) das necessidades (SCHRAIBER e MENDES GONÇALVES, 2000).

Como proposta de enfrentamento para essa reificação e evitar soluções automáticas e burocráticas das práticas em saúde, defendem a reconstrução das necessidades, que caminha dos individualmente reconhecidos à forma socialmente ofertada para solucioná-los. Propõem a criação de espaços de emergência de necessidades, como forma de conhecer outras

necessidades, as chamadas necessidades não-sentidas, e assim absorvendo outros carecimentos além dos reconhecidos pelo modo da ciência tradicional, instaurando novos sistemas de valores, que incluem: 01) evitar reduzir as necessidades de saúde à fisiopatologia; 02) valorização da unidade básica de saúde como espaços de emergência para o contexto instaurador das necessidades novas e 03) instaurar a dimensão subjetiva nas intervenções em saúde, reconhecendo a relação interpessoal como sentido humano das profissões em saúde (SCHRAIBER e MENDES GONÇALVES, 2000).

O que se compreende por subjetividade, conforme Mendes-Gonçalves (2017), são as relações envolvidas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódio, que cada pessoa estabelece em seus encontros, inclusive com ele mesmo, em um constante vir a ser.

Ainda sobre necessidade de saúde, gostaríamos de destacar as contribuições de Cecílio (2001) e Cecílio e Matsumoto (2006), com base nas investigações da tese de doutorado de Eduardo Stotz, pesquisador em saúde pública. Os autores sintetizam a pesquisa de Stotz sobre a concepção de necessidade de saúde em quatro taxonomias: 01) a saúde diz respeito à coletividade, mas as doenças também tem características individuais; 02) as necessidades de saúde são históricas e mudam constantemente; 03) natureza subjetiva e individual das necessidades e 04) não é possível conceber a necessidade de saúde a partir do isolamento das relações e da estrutura social colocada de forma homogênea para todos.

Cecílio (2001) aponta a importância de compreender a maneira como se vive a população, conhecendo suas condições de vida, moradia e hábitos pessoais como forma de compreender as necessidades de saúde da população, e que a facilidade de acesso aos serviços é outro fator preponderante para se garantir a melhora da saúde e prolongamento da vida. E aqui aparece também, como colocado por Schraiber e Mendes Gonçalves (2000), a questão da subjetividade, envolvida no vínculo entre usuário e profissionais, como ferramenta para o levantamento das necessidades de saúde, assim como o fortalecimento da autonomia do usuário para a produção de sentidos e ressignificação dos modos de viver da população.

Sob outro ponto de vista, destacamos o conceito do médico pesquisador Jairnilson Paim, apresentado pelas autoras Hino *et al* (2009), sobre o tema: as necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida.

Assim, podemos considerar que a necessidade de saúde caminha além do aspecto biológico e isolado da doença, perpassando pelo social e subjetivo que a envolve. Transcende-se da compreensão fisiológica para a busca das manifestações não sentidas, que circulam o campo do subjetivo e dos afetos envolvidos.

Neste sentido, com esse marco-teórico conceitual, a pesquisa visa identificar as particularidades que envolvem o abuso de SPA em mulheres, com o intuito não de sistematizar e cristalizar as necessidades apresentadas, mas de buscar identificar as condições de vida dessas mulheres, e assim potencializar a criação de vínculos, o protagonismo e o grau de autonomia no seu modo de levar a vida, reverberando assim para o cuidado em álcool e outras drogas. Para um trabalho clinicamente implicado, tem que existir produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações.

2.3 Sobre o uso problemático de substância psicoativa e a Atenção Psicossocial

Para a pesquisa sobre as necessidades de saúde das mulheres com o uso problemático de álcool e outras drogas, é pertinente fazer uma breve apresentação sobre o fenômeno da dependência química, com seus modelos explicativos para o consumo e tratamento, bem como explanar sobre como se dá o cuidado e a clínica no CAPS AD a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

As substâncias psicoativas, usualmente chamadas por drogas, são consumidas para produzir alteração na sensação, no grau de consciência ou estado emocional, de forma voluntária ou não intencional. Essas alterações são diferentes para cada pessoa, a depender do tipo de substância, da quantidade do consumo, do efeito esperado e em que situação ela é utilizada (SILVEIRA e DOERING-SILVEIRA, 2016)

Em relação à legislação, as drogas são classificadas como *lícitas* (tabaco, álcool, medicações, etc) ou *ilícitas* (crack, cocaína, maconha, etc), e isso é variável em cada país. Outra classificação utilizada nos serviços de saúde e em pesquisas é sob o ponto de vista do efeito que a substância provoca no sistema nervoso central, como as *drogas depressoras* (diminuem a atividade mental – como o álcool), *drogas estimuladoras* (aumentam a ação mental – como a cocaína) e as *drogas perturbadoras* (provocam alterações da percepção e estimulam alucinações – como a maconha) (SILVEIRA e DOERING-SILVEIRA, 2016).

Os efeitos variam de pessoa para pessoa, a depender do contexto, do tipo de substância e das características de vida do usuário. É bastante relevante o estado emocional em que a pessoa se encontra no momento do uso, bem como as expectativas em relação aos efeitos e o

lugar em que isso ocorre. Essas situações também devem ser levadas em conta no momento do tratamento.

Os sistemas de classificações de doenças apresentam os parâmetros sobre os padrões de consumo de drogas, e possibilitam uma comunicação comum entre os profissionais de saúde. O Código Internacional de Doenças (CID 10) da OMS e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM) têm sido desenvolvidos no sentido de estabelecer critérios abrangentes para categorizar os diversos tipos de comportamento apresentados pelo uso.

O parâmetro utilizado para um diagnóstico e compreensão do cuidado em saúde refere-se com o uso, abuso e dependência química. O *uso* relaciona-se a qualquer consumo de substância, independente da frequência, intensidade ou do tipo. O *abuso* pode representar algum dano à saúde física ou mental do usuário, causando conseqüências adversas, e a *dependência* representa alterações que podem influenciar os modos de vida da pessoa e seu estado de saúde, como compulsão pelo consumo, dificuldade de controle, estado fisiológico de abstinência, efeitos de tolerância aumentando a quantidade, abandono de outros prazeres em detrimento da droga, aumento do tempo no consumo da substância e persistência do uso, mesmo vivenciando seus prejuízos (SILVEIRA e DOERING-SILVEIRA, 2016).

Esses parâmetros gerais foram apresentados como os critérios e conceitos chaves para a clínica de álcool e drogas no contexto atual no Brasil. No entanto, vamos apresentar alguns modelos explicativos que perpassam por diferentes concepções sobre o fenômeno, a fim de conhecer as perspectivas de atenção em saúde.

Pillon e Luis (2004) apresentam o embasamento de algumas práticas. O *Modelo Ético Legal* coloca a dependência química como atitudes anti-sociais e imorais de pessoas transgressoras, e a intervenção se dá de forma punitiva, nos meios legislativo, judicial e policial. O *Modelo Moral* responsabiliza os indivíduos pelo consumo e problemas decorrentes, e apontam falta de vontade, de “fibra moral” da pessoa para a mudança de comportamento em sua vida. O *Modelo Médico ou de Doença* coloca a origem nosológica com manifestações físicas como ação para a dependência química, sendo que o uso de substância é visto como progressivo, incurável e relacionado a fatores genéticos, biológicos e de natureza química, sendo indivíduo tratado como doente. O *Modelo Psicológico ou Psicossocial* considera a aprendizagem social, a interação familiar e os traços de personalidade como conflitos intra e interpessoais, imaturidade, co-morbidades psiquiátricas como possíveis desencadeadores da dependência química, e por ultimo, o *Modelo Sociológico ou Sociocultural*, apresentando o uso problemático das drogas influenciado pelo meio cultural

com suas crenças, valores e atitudes, de forma a exercer função importante no comportamento das pessoas.

As autoras apontam que esses modelos estão superpostos e relacionados entre si na prática e que não há um único modo de se estabelecer esses parâmetros, pois o uso de substância e o comportamento humano são questões complexas que requerem enfoque holístico no entendimento da causa do uso e sua aplicação no cuidado em saúde (PILLON e LUIS, 2004)

Assim, há distintas causas relacionais ao uso problemático de SPA, entre elas fatores biológicos, de aprendizagem social, ético e moral, sócio-culturais e familiares, e a intervenção vai estar atrelada à associação entre esses fatores.

No Brasil, as primeiras intervenções em relação ao tema do uso de álcool e outras drogas ocorreram no início do século XX, com ação de um aparato jurídico-institucional destinado a fazer o controle do uso e do comércio de drogas no país. Leis e decretos proibiam e criminalizavam o uso e a venda de drogas, e as penas pelo descumprimento previam a exclusão dos usuários do convívio social, sejam em presídios, sanatórios ou, posteriormente (a partir de 1970) em hospitais psiquiátricos, sendo nessa época as origens de internações compulsórias para tratamento (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Na década de 1970, a medicina trouxe subsídios científicos para a legitimação do controle do uso de drogas, passando o usuário a ser conhecido como doente e/ou criminoso. Legislações desse período apresentam modificações como o termo “viciado” para “dependente de drogas”, com as primeiras propostas de criação de estabelecimentos especializados de tratamento, com tendência à medicalização, criados a partir da década de 1980. Na época, a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi um marco para começar a pensar o problema como política nacional, agindo como órgão normativo e de ações programáticas para a questão de álcool e drogas. Com o processo de redemocratização do país, a partir dos anos 1990, surgiram ações de prevenção, tratamento e pesquisa na área, na busca por práticas não moralistas nem repressivas (MACHADO e MIRANDA, 2007).

A partir das iniciativas de prevenção da Aids nos anos 1990, surgem o desenvolvimento dos projetos de Redução de Danos (RD). Em 2003, a política de RD influenciou os pressupostos teóricos e metodológicos de abordagem ao tema, caracterizando o consumo de álcool e outras drogas como questão de saúde pública e não como médico-psiquiátrico ou problema jurídico (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Trata-se de um importante marco para a história, com a criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que faz um

rompimento com abordagens reducionistas e propõe um campo teórico-político que considera o consumo de substâncias químicas um fenômeno complexo, *“com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que portanto não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública”* (MACHADO e MIRANDA, 2007, p.818).

A discussão sobre a reforma psiquiátrica também dialoga sobre a dimensão político ideológica envolvida no cuidado em saúde. Kantorski (2001, p.01) faz uma importante explanação sobre os teóricos que potencializam essa discussão e influenciam o pensamento:

Diversos autores, como FOUCAULT (1993), GOFFMAN (1990), CASTEL (1978, 1987) (Michel Foucault em a **História da loucura na Idade Clássica** e em outras obras) produziu um estudo importante em que reconstitui a história dos saberes e práticas acerca da loucura considerando a organização da sociedade em termos de trabalho, produção de saberes, poderes, constituição histórica das práticas de intervenção médica que produz a redução do fenômeno da loucura à doença mental. Erving Goffman em **Manicômios, prisões e conventos** traz uma contribuição fundamental quando introduz em seu estudo a noção de instituição total (como é o caso dos manicômios) onde as pessoas convivem por algum tempo, compartilhando o espaço, o trabalho, os afazeres cotidianos, as regras administrativas, enfim as regras da instituição. O autor através de um estudo sociológico a partir da estrutura do eu do internado, gera a possibilidade de reflexão sobre a instituição psiquiátrica enquanto totalizadora do indivíduo que sofre. Robert Castel em **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo** estuda os saberes e práticas psiquiátricas emergentes considerando a constituição do espaço institucional, a possibilidade de classificação, de arranjo nosográfico das doenças mentais e de elaboração das bases do tratamento moral.

Influenciados por esses e outros pensadores - com toda a contribuição da Psiquiatria Democrática da Itália, de Franco Basaglia, que propõe a proposta de ruptura dos modelos asilares psiquiátricos para a substituição por espaços com recursos, assistenciais, políticos, culturais e sociais em que o sujeito se torna cidadão - a reforma psiquiátrica no Brasil insere-se no processo de organização dos serviços de atenção em saúde mental, que inclui as pessoas que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas. Trata-se de uma quebra de paradigma de um modelo de atenção psiquiátrico manicomial, portanto isolador e excludente, para um modelo ambulatorial, que se orienta pela atenção psicossocial e pelo indivíduo no território e na comunidade onde vive.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, afirma Amarante (2006. p.35)

Trata-se de um processo social complexo, no qual é necessária uma reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças. A dimensão sociocultural também é muito importante, pois trabalhamos para transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento mental.

Nesse campo podemos observar a mudança de paradigma, de se enxergar a saúde em detrimento da doença no campo da loucura e o sofrimento humano. No processo, insere-se quatro dimensões epistemológicas, segundo Amarante (2009): 01) a *dimensão tecnico-assistencial* – reformulação no campo da psiquiatria e da saúde mental; 02) *dimensão cultural* - a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência, como campo de desejo e de vida 03) *dimensão jurídico-política* - discute e define as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais e 04) *dimensão estratégica* - conjunto de intervenções e estratégias que visam transformar o lugar da loucura no imaginário social, com a participação de usuários e familiares, associações, etc.

A reforma psiquiátrica no Brasil inicia suas discussões paralelamente à reforma sanitária, em plena ditadura militar, época de enfrentamento às opressões e de instabilidades política em todo o país, na luta pela saúde pública. Após a ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de crescimento dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao desencadeamento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um SUS universal, gratuito, igualitário e integral.

No final dos anos 80 alguns acontecimentos marcaram a trajetória desse processo no Brasil, dentre os quais se destacam: a 8ª Conferência Nacional em Saúde; o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como o Congresso de Bauru-SP, cuja bandeira de luta foi “Por uma Sociedade sem Manicômios” (MELO, 2012).

A portaria GM nº 224/92³ institui as unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. São em ambulatórios especializados ou em unidades básicas de saúde.

Em 2001, a Lei Federal 10216, de autoria de Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país, especificando as modalidades de internação, devendo ocorrer apenas quando os serviços extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

³ http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Portaria-ms-224_92.pdf

No ano seguinte, em 2002, são formalmente constituídas em portaria ministerial as modalidades de CAPS (alguns surgiram anteriores à portaria, como o CAPS Itapeva em São Paulo em 1987 e o NAPS em Santos, em 1989), por meio da portaria nº 336/2002. E a mais recente, a portaria 3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, o modelo de cuidado em saúde para as pessoas que fazem o uso de álcool e drogas no SUS vigente na atualidade, é do CAPS AD como ordenador da política pública, atuando em ação articulada com outros componentes da RAPS, considerados serviços extra-hospitalares, a saber: 01) componentes da atenção básica (UBS, USF, CECCO, etc); 02) Atenção Psicossocial (outros CAPS); 03) Atenção de Urgência e Emergência (UPA, SAMU); 04) Atenção Residencial de Caráter Transitório (UA); 05) Atenção Hospitalar (leitos de hospital geral e enfermarias psiquiátricas); 06) Atenção Especializada (DTS/AIDS, entre outros); 07) Estratégias de Desinstitucionalização (SRT, entre outros) e 08) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (economia solidária, projetos culturais, esportes, etc).

O termo *psicossocial* designa as mudanças a partir das vivências da reforma psiquiátrica, agregando ao objeto da psiquiatria os aspectos *psíquicos e sociais*, passando o termo *psicossocial* a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais (como os CAPS) que atuam sob uma nova ética e com fundamentação teórica das práticas de atenção, que significa dar e prestar atenção, escutar atentamente, acolher, tomar em consideração. Trata-se de buscar novos sentidos, configurando-se a clínica do olhar que vai além do sintoma, e da escuta, do encontro capaz de produzir sentido. Em contraposição ao paradigma doença-cura, se constrói a noção de existência-sofrimento, colocando o sujeito no centro da situação (COSTA-ROSA *et al*, 2003).

A Atenção Psicossocial busca superar a psiquiatria asilar. Costa-Rosa (2013) apresenta dois significantes para o enfrentamento desta discussão, sendo um deles o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS) como forma de contraposição dialética à lógica manicomial. O PPHM tem como prerrogativa o discurso médico e a medicalização como eixo, enquanto que na PPS, ao invés do médico, o trabalhador (que o autor nomeia como intercessor) deve contribuir para que o sujeito do sofrimento posicione-se como protagonista do seu processo de cuidado em saúde, envolvido ética e tecnicamente no processo de saúde psíquica e subjetiva, atuando assim no processo de *saudessubjetividade*, que é a análise paradigmática dos processos de saúde e subjetividade envolvidos no campo psíquico, em conjunto com aspectos físicos e sociais. Assim, a

delimitação do campo do PPS não se estabelece no campo da doença-cura, e sim na retomada da possibilidade do sujeito “cuidar-se”, isto é, *“de produzir continuamente o sentido necessário em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente subjetiva e objetiva”* (COSTA-ROSA, 2013, p.304)

E aqui também se fala sob a perspectiva da clínica como atenção aos carecimentos (como em nossa discussão sobre as necessidades de saúde), desta vez sob a compreensão do PPS: *“A Clínica Ampliada na Atenção Psicossocial (...) inclui a produção de novos significantes mestres, tendo no horizonte o carecimento e o desejo”* (Costa-Rosa, 2013, p.52), ou seja, permeada também por algo que o sujeito busca para si (consciente ou inconsciente), e esse deciframento se dá nas relações intersubjetivas envolvidas no processo de trabalho, em uma perspectiva de relações horizontalizadas e transversais.

Delimitada a concepção da perspectiva psicossocial, vamos agora apresentar um dos campos de ação na prática, a saber, o CAPS AD, pois é o local de ação da nossa pesquisa de campo. A proposta do CAPS AD, conforme o ministério da saúde, é proporcionar a democratização do acesso em saúde mental, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estimulando a integração social e familiar, o fortalecimento da autonomia no âmbito do território e da comunidade.

As práticas realizadas nos CAPS AD se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade. Os projetos desses serviços buscam uma rede de suporte social, potencializadores de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, e possui a prerrogativa de incluir o familiar no processo de cuidado em saúde (BRASIL, 2004).

O CAPS AD deve oferecer atendimento diário a pacientes que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico em uma perspectiva singular. Desenvolve atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

A portaria que organiza o cuidado (3088/2011 – RAPS) pauta-se na política de Redução de Danos, em uma perspectiva voltada para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, que

encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços (BRASIL, 2004).

A RD surge como uma proposta do princípio do pragmatismo empático ao idealismo moral, ou seja, busca o que pode ser realizado para reduzir o dano, e não agir em cima de comportamentos de certo ou errado, bom ou ruim. Pretende cuidar como um caso de saúde pública e não dos modelos moral, criminal e de doença (Fontes *et al*, 2010). Busca enquadrar-se ao usuário, com suas especificidades.

O paradigma da abstinência e RD não é foco deste estudo, no entanto cabe-nos salientar que o assunto é um ponto intersector para se planejar e organizar toda a política pública da clínica de álcool e drogas.

No CAPS AD, as equipes técnicas, constituídas por diferentes profissionais da área de saúde mental, devem organizar-se para o acolhimento, na construção conjunta entre profissional, paciente e familiar nos projetos terapêuticos singulares, atuando nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de ambiência do serviço e atendimentos a situações de crises leves. A duração da permanência no serviço depende de muitas variáveis, desde as vulnerabilidades psicossociais envolvidas, até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer (BRASIL, 2004).

A perspectiva da atenção psicossocial no cuidado em álcool e outras drogas sustenta-se por meio de ferramentas da gestão do cuidado e trabalho em saúde, como o acolhimento, vínculo e corresponsabilização. O *acolhimento* é um processo de escuta qualificada e empática da postura dos profissionais que recebem usuários, e o acompanham em todo o projeto terapêutico. O *vínculo* requer confiança e compromisso na relação estabelecida entre as pessoas envolvidas, sendo uma importante estratégia para a compreensão das necessidades de saúde e do cuidado ofertado. A *corresponsabilização* estabelece um compartilhamento de responsabilidade entre os sujeitos envolvidos, de forma a potencializar a autonomia (CRUZ, 2016).

Além dos serviços da RAPS, muitas pessoas que têm problemas com álcool ou outras drogas se beneficiam de grupos de ajuda mútua, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Amor Exigente (lembrando que não são serviços preconizados pelo SUS). Esses grupos reúnem pessoas que têm problemas em comum e se encontram para receber e fornecer apoio e, também, compartilhar experiências com a finalidade de modificar o comportamento que lhes traz problemas (CRUZ, 2016).

Outra modalidade de tratamento para álcool e drogas é o da Comunidade Terapêutica (CT), instituídas no século XX, com a premissa de que os indivíduos podem mudar se

participarem ativamente do papel e atividades desenvolvidos pela entidade. São orientados para o trabalho produtivo e de técnicas educativas, voltados para a abstinência e práticas da espiritualidade. No Brasil, o órgão regulamentador é a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), que possui a função de ordenar as ações éticas e organizativas (FRACASSO, 2016).

Embora as reformulações e diretrizes teórico-metodológicas, na prática, o modelo psicossocial do CAPS AD (portanto da RD – defendido pelo SUS) e o da abstinência (como AA, NA, CT – não regulamentados pelo SUS) se misturam como ação de cuidado em saúde. A gestão da clínica para álcool e outras drogas ainda fica envolvida por propostas moralistas e proibitivas, muitas vezes organizada na internação, na medicalização e na abstinência como estratégia única de cuidado, e distante de uma articulação em rede intersetorial. Mais ainda, está frágil e com indicações de retrocessos no que concerne à garantia de direitos e da democratização do acesso à saúde, como a promulgação da recente portaria nº 3588/2017, que propõe o aumento de incentivos financeiros para comunidades que possuem como lemas a exclusão do convívio (internação) e a abstinência, ações incompatíveis com o modelo da reforma psiquiátrica e da redução de danos. Há ainda muito a ser discutido.

Diante do exposto no referencial teórico, podemos considerar para esta pesquisa o gênero como características culturais e simbólicas que projetam identidades e pertencimentos ao sujeito, seja individual ou coletivamente. É uma categoria a ser dimensionada na compreensão das necessidades de saúde, pois considera o sujeito sócio-histórico, suas particularidades e sua relação com o mundo. Para as mulheres, é isso que almejamos em sua escuta, para que assim, a atenção psicossocial no cuidado em saúde se instrua pelo singular e pela autonomia na condução de suas vidas.

3. METODOLOGIA

3.1 Percurso Metodológico

3.1.1 Tipo de Estudo

A investigação foi realizada por meio de pesquisa social em saúde, pois trata do ser humano em sociedade, de sua história e de sua representação subjetiva e simbólica, atuando no campo de uma instituição política e de serviços (Minayo, 2014), neste caso, o Caps ad. Parte-se do pressuposto de que toda investigação social precisa registrar a historicidade, respeitando a cultura, política, ideologia e os acontecimentos ao longo da vida das participantes (Minayo, 2014, p.40) sendo assim, não é apenas a pesquisadora que dá sentido ao trabalho, mas as mulheres significaram e interpretaram as ações apresentadas.

A abordagem é a pesquisa qualitativa em saúde, aplicado ao estudo da história, das relações das representações, das crenças, das percepções e das opiniões (Minayo, 2014, p.57), produto das interpretações que as mulheres fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam o uso de substância psicoativa em suas vidas. Esse tipo de método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos sobre as necessidades de saúde em mulheres com problemas relacionados a álcool e outras drogas, podendo propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO,2014, p.57).

Trata-se de pesquisa do tipo exploratória, pois possui a premissa de proporcionar maior proximidade e familiaridade com o tema de gênero e necessidades de saúde, por meio da discussão do levantamento bibliográfico com o material coletado em campo.

3.1.2 Campo Empírico - O CAPS AD São Carlos

O CAPS AD São Carlos é um serviço do SUS de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA. Foi inaugurado em 2006, inicialmente cadastrado para atendimento de crianças e adolescentes, e posteriormente foi designado para a modalidade adulto. É de administração direta da prefeitura, com sede própria, com atendimento em período diurno, de segunda a sexta-feira, das sete às dezessete horas.

Nesses 12 anos de funcionamento, contabilizou em março/2018 a totalidade de 4993 prontuários cadastrados, sendo 4091 do gênero masculino e 902 femininos, assim, é possível

identificar que aproximadamente 88% dos casos atendidos são homens, e 12% mulheres, o que demonstra a grande maioria composta por homens.

A equipe multidisciplinar atual (abril/2018) é composta por 02 profissionais assistente-administrativos, 01 motorista, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem, 01 clínico-geral, 01 psiquiatra, 03 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 serviços-gerais e a supervisora da unidade (coordenadora do serviço, com formação em terapia ocupacional). Conta ainda com 01 profissional externo (contrato temporário) para a realização de oficina cultural.

O serviço realiza atendimentos individuais e em grupo com os pacientes e famílias, além de práticas corporais, expressivas e comunicativas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, encontros de articulação com a rede de atenção psicossocial e ações de apoio matricial com as equipes da atenção básica.

A chegada ao serviço ocorre por encaminhamento de unidades de saúde e outros setores (educação, assistência social, judiciário, etc) ou por busca espontânea. O primeiro atendimento é realizado pelo técnico do acolhimento, feito individualmente entre profissional e paciente e/ou família, momento em que é feita a avaliação do caso e a proposta terapêutica inicial (PTS – projeto terapêutico singular), de acordo com o perfil e objetivo a ser alcançado. O acompanhamento do PTS é feito pelos profissionais de referencia, sendo que o critério para a referência se dá por divisão de acordo as regiões da administração regional em saúde do município (05 regiões administrativas). As propostas terapêuticas inserem-se em atividades intensivas (permanência em tempo integral), semi-intensivas (meio período) ou não-intensivas (apenas atividades específicas).

As atividades coletivas realizadas no Caps ad São Carlos são o Grupo Terapêutico de Alcoolistas, específico para homens, e o Grupo Terapêutico de Mulheres, específico para mulheres e sem distinção do tipo de substância utilizada. É possível dizer que essas atividades têm um recorte de gênero. Os outros grupos (Grupo de Entrada) e todas as oficinas expressivas e comunicativas (Atelier de Arte, Oficina Sócio-cultural, Oficina de Trabalho) bem como as práticas corporais (Oficina de Caminhada e Oficina de Cultura Popular), são abertas para homens e mulheres conjuntamente.

Importante destacar, conforme descrito na apresentação, que a pesquisadora é integrante da equipe do CAPS AD São Carlos, atuando como psicóloga. Assim, já possuía informações prévias sobre as mulheres participantes, pela vivência dos atendimentos realizados, seja em acolhimento, grupo e oficina terapêutica ou psicoterapia. As informações

relevantes serão apresentadas no decorrer da apresentação dos resultados, e discutidas em conjunto com material coletado e teórico.

Merhy (2004) traz a discussão sobre a íntima relação entre sujeito (pesquisador) e o objeto (pesquisa) no campo da saúde coletiva, pois muitas vezes o pesquisador também é trabalhador ou gestor dos serviços onde está sendo realizado o estudo. Há nesse processo a incorporação do subjetivo, constitutivo dessa íntima relação, sendo um importante elemento qualitativo a ser tratado na análise, de forma a garantir a objetividade do conhecimento produzido, e validado como conhecimento científico legítimo.

Para este autor, o lugar do pesquisador pressupõe uma relação de sujeito militante implicado, pois opera sob os vários modos de ser sujeito produtor de investigação, seja ele sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnicos, entre outros. Sendo assim, é obrigatoriamente auto-analítico, pois diz respeito ao sujeito produtor do processo em análise, abrindo-se para novos sentidos e significações a si e aos outros (MERHY, 2004).

Ou seja, ser pesquisadora e psicóloga do campo deste estudo pode colocar em análise o agir cotidiano e abrir possibilidades de ressignificações do processo de trabalho, sem no entanto, perder a objetividade do saber científico.

3.1.3 Sujeitos da Pesquisa

Para participar da pesquisa foram selecionadas mulheres adultas, com idade acima de 18 anos, com projeto terapêutico no CAPS AD, nos meses de setembro e outubro de 2017.

A inserção ocorreu por meio de convite prévio às mulheres que tivessem interesse e disponibilidade em participar, possuindo como critério de inclusão a capacidade de elaboração de idéias (com crítica e juízo da realidade, sem sintomas psicóticos, com a comunicação, atenção e pensamentos preservados) e como critérios de exclusão as pessoas sem projeto terapêutico no Centro de Atenção Psicossocial, com idade inferior a 18 anos, e sem capacidade de elaboração de idéias.

Como ser psicóloga do serviço foi um facilitador para a proximidade com as mulheres, procedemos com a escolha intencional das participantes, sendo algumas delas selecionadas pelo vínculo com a pesquisadora (em atendimento individual ou em grupo) e outras escolhidas pela regularidade da ida ao CAPS AD, ou seja, mulheres que estavam freqüentando o espaço continuamente naquele período. Assim, conseguimos compor diferentes perfis (faixa-etária, estado civil, escolaridade, raça-etnia, ocupação e região da

cidade onde mora) com distintos uso de substâncias – tabaco, álcool, maconha, cocaína, mesclado, LSD/Extase/Chás Alucinógenos e outras.

Os convites foram realizados individualmente, em momento agendado exclusivamente para a apresentação da pesquisa (ou seja, não em atividade terapêutica do serviço), com o delineamento sobre os objetivos e relevâncias da mesma, e assim, conforme a aceitação, foram combinados os encontros para a realização das entrevistas. Não tivemos nenhuma recusa ou ausência, e as entrevistas foram realizadas cronologicamente, conforme os convites agendados.

3.1.4 Procedimentos Éticos

No primeiro momento, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de São Carlos – Secretaria Municipal de Saúde e em seguida da Universidade Federal de São Carlos, cumprindo a Resolução 196, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). Com a aprovação do CEP (Parecer Consubstanciado CEP nº2020903 – anexo A), foi realizada uma reunião com a equipe do CAPS AD São Carlos, a fim de apresentar a proposta do estudo e negociar com a mesma as possibilidades para a coleta dos dados de modo que garanta a fidedignidade dos resultados, bem como, que não comprometa as atividades da instituição. Feito isso, as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, dando-lhes a liberdade para aceitar ou não. Aquelas que aceitaram, foram consultadas sobre data e horário para a realização da entrevista, que foi feita individualmente, em sala reservada, garantindo a privacidade e sigilo das informações prestadas. A pesquisadora apresentou a proposta às participantes, leu e discutiu sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B). Todas as mulheres que apresentaram interesse no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização para utilização do gravador.

3.1.5 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de história de vida, que é um relato retrospectivo da experiência pessoal de um indivíduo, relativos a fatos e acontecimentos que foram significativos e constitutivos de sua experiência de vida (Chizzotti, 2011, p.101). Nesta pesquisa, foi realizada a história oral, com a coleta de informações focada no contexto de vida e sua representação quanto ao uso de álcool e outras drogas com as mulheres participantes.

A história oral de vida, conforme apontam Denzin (1989) e Bertaux (1980) apud Chizzotti (2011), na modalidade relato de vida, designa a história de uma vida contada pela pessoa que a viveu, tomando o seu ponto de vista como referência fundamental. Neste sentido, busca-se apreender a história e a representação do uso problemático de álcool e outras drogas na vida das mulheres, e captar, a partir desse percurso, as suas necessidades de saúde.

Conforme Meihy e Holanda (2015, p.26) a história oral permite que grupos de minorias culturais e discriminadas encontrem espaço para validar suas experiências, oferecendo sentido social às vivências relatadas. Por se equiparar histórias que tenham pontos comuns, a história oral permite reorganizar os espaços políticos dos grupos, proporcionando assim maior força social.

A organização da história oral de vida necessita de personagens colocados em situação de diálogo entre a entrevistadora (pesquisadora) e o entrevistado, sendo um procedimento que ocorre no tempo real da apreensão, portanto, mantém vínculo com o imediato, o que se coloca em situação de interlocução da memória e a narrativa. O que vale mais nessa técnica são as versões individuais dos fatos da vida, o que justifica o seu caráter subjetivo, por ser decorrente de narrativas que dependem da memória e seus contornos, imprecisões e até contradições das falas, admitindo fantasias, omissões e distorções. O colaborador narra livremente o que lhe é sensível e instintivo, o que lhe vem em sua memória, portanto, é a sua versão dos fatos que importa (MEIHY E HOLANDA, 2015).

A característica da história oral é registrar as percepções sociais e de si por meio do aqui e agora, do tempo real da apreensão, portanto do tempo presente, da história viva. Na relação dialógica entrevistador-entrevistado, a performance é fator de análise nos dados, como perceber o teor emotivo das palavras, as expressões, os olhares. Trata-se dos estudos da memória, de construção de identidades e formulação de consciência comunitária (MEIHY E HOLANDA, 2015).

Como a memória é dinâmica e singular, caracteriza-se por um uso relativizado, uma vez que pode ser mudado com a época ou nova situação de vida de quem a relata.

A técnica pressupõe o convite prévio às participantes, explicando a sua forma de utilização e aplicabilidade, bem como a definição de local da entrevista e a utilização de gravador como recurso de obtenção do registro dos dados.

Foi realizada 01 (uma) entrevista aberta com cada participante, com a aplicação de um instrumental de preenchimento de dados sobre o perfil geral das mulheres, e em seguida a apresentação da questão disparadora para o início da história (apêndice A). As narrativas

ocorreram livremente, sem interrupções, apenas em situações onde necessitava ser acrescentado algum conteúdo que não estava claro e conciso, a fim de complementação.

3.1.6 Forma de análise dos resultados

Após a finalização das entrevistas, foi realizada a transcrição do formato oral para a escrita minuciosa do material coletado, mantendo a fidedignidade das falas (erros de pronúncia, gírias, palavrões) e acrescentando as expressões que apresentam manifestações afetivas à narrativa (choros, silêncios, risadas, caretas, etc). Assim, obtivemos 09 documentos escritos contendo as histórias de vida dessas mulheres, em sua perspectiva objetiva e subjetiva. A unidade e coerência das entrevistas caracteriza a memória coletiva desse grupo de mulheres participantes (MEIHY E HOLANDA, 2015).

A análise dos dados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo temática, em que foram criados os núcleos de sentido que compõem o conteúdo do material, a partir das unidades de significação. Essa técnica ocorre em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2014).

No momento da pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo das falas, e a constituição do corpus, analisando que o material contemplou os aspectos em relação à história de vida dessas mulheres, contendo as características principais sobre as suas vivências, obedecendo aos critérios quanto ao tema do uso de álcool e outras drogas e repercussões para a saúde, tornando os dados pertinentes para o alcance dos objetivos da pesquisa. Nessa fase, foi elaborada a segunda tabela (02) de análise, contendo as unidades de registro (palavra chave) e as unidades de contexto (o que faz compreender o registro), em forma de codificação dos dados.

Em seguida, foi realizada a exploração do material, por meio da operação classificatória para a compreensão do texto, através da elaboração de categorias quanto às palavras e expressões significativas para a organização dos dados. Nessa fase, elaboramos as categorias e subcategorias (tabela 03), através de elaboração de unidades relevantes que pudessem abranger um agrupamento de idéias, especificando cada tema trabalhado na interpretação dos dados.

Por último, foi realizada a interpretação dos dados obtidos, buscando a compreensão do significado entre o conteúdo apresentado e os conceitos teóricos indicados para esse processos.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS e DISCUSSÃO

4.1 Apresentação do perfil e caracterização das mulheres entrevistadas

QUADRO 1 – Perfil Geral das Mulheres

Entre v.	Idade	Est. Civil	Escolaridade	Raça / Cor	Situação de Trabalho	Uso de SPA na vida	Bairro
E1 = Clara	34 anos	Solteira	Superior Completo	branca	CLT	tabaco, álcool e cocaína	Santa Felícia
E2 = Frida	23 anos	Solteira	Fundamental Completo	parda	desempregada	tabaco, álcool, maconha e cocaína	São José
E3 = Lélia	35 anos	Solteira	Fundamental Completo	parda	desempregada	álcool e cocaína	Santa Felícia
E4 = Maria Quitéria	29 anos	União Estável	Médio Completo	branca	dona de casa	tabaco, álcool e cocaína	São José
E5 = Nísia	65 anos	Viúva	Superior Incompleto	branca	aposentada	tabaco e Álcool	Redenção
E6 = Pagu	34 anos	União Estável	Pós-graduação Cursando	branca	autônoma	tabaco, álcool, cocaína e LSD/Extase/Chás alucinógenos	Redenção
E7 = Maria Bonita	32 anos	União Estável	Fundamental Incompleto	branca	desempregada	tabaco, álcool e cocaína	São José
E8 = Carolina	50 anos	Solteira	Fundamental Incompleto	preta	desempregada	tabaco, álcool e maconha	Redenção
E9 = Dandara	41 anos	Solteira	Médio Incompleto	preta	CLT	álcool	Santa Felícia

Essa pesquisa teve a participação de 09 (nove) mulheres. Para os nomes fictícios, designamos para cada uma delas, mulheres feministas ou que possuem alguma representação social do gênero: E1 (Clara Charf), E2 (Frida Kahlo), E3 (Lélia Gonzalez), E4 (Maria Quitéria), E5 (Nísia Floresta), E6 (Pagu), E7 (Maria Bonita), E8 (Carolina de Jesus) e E9 (Dandara). A ordenação está de acordo com a realização da data das entrevistas, sendo E1 a primeira e E9 a última.

As entrevistas foram realizadas no próprio CAPS AD, com exceção de uma, que ocorreu no campus da Universidade Federal de São Carlos, por solicitação da entrevistada. O tempo de cada entrevista variou de 23 à 72 minutos, sendo a manifestação livre de cada mulher em sua narrativa.

O quadro 01 apresenta o perfil geral das mulheres. A idade da mais nova foi 23 anos, e a participante mais velha com 65 anos, sendo que a metade delas se encontrava na faixa dos trinta anos. Nenhuma delas possui registro civil de casada, mas 03 consideram que vivem em união estável. Das outras, 01 era viúva e 05 solteiras.

Em relação à escolaridade, tivemos 02 mulheres com ensino fundamental incompleto, 02 com fundamental completo, 01 ensino médio incompleto, 02 ensino médio completo, 01 ensino superior incompleto, 01 ensino superior completo e 01 cursando a pós-graduação (doutorado).

Sobre raça/etnia, cinco (05) se autodeclarou da cor branca, duas (02) pardas e duas (02) pretas.

Quanto à situação de trabalho, quatro (04) estavam desempregadas. Das outras, duas (02) estavam com trabalho em regime formal de contratação pela consolidação das leis do trabalho (professora da educação infantil da rede municipal de São Carlos e a outra funcionária do Hospital Santa Casa de Misericórdia, uma se dizia dona de casa, outra trabalhadora autônoma (a estudante do doutorado possui renda como profissional autônoma, em sociedade com o companheiro) e uma aposentada (servidora pública federal).

Todas as mulheres participantes dessa pesquisa fazem o uso de álcool, sendo que 07 delas estão em tratamento no CAPS AD pelo uso dessa substância de preferência, e as outras duas por motivo de uso de cocaína como droga principal. A maioria faz ou fez o uso de mais de uma substância psicoativa na vida (álcool, tabaco, maconha, LSD, êxtase, chás alucinógenos ou outras), sendo que apenas uma delas referiu unicamente o uso do álcool. Nenhuma das mulheres participantes relatou o uso de crack ou mesclado (crack misturado com maconha).

O município de São Carlos possui a sua área territorial dividida em cinco grandes regiões, segundo a demarcação dos setores regionais de saúde: São José, Cidade Aracy, Redenção, Vila Isabel e Santa Felícia. Não tivemos participantes da região do Cidade Aracy e nem da Vila Isabel, sendo que das outras três regiões, as mulheres foram divididas pelas três igualmente.

A seguir, iniciaremos a apresentação das categorias de análise temáticas.

4.2 Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto

As Unidades de Registro e de Contexto foram elaboradas na fase de pré-análise dos resultados, com a leitura exaustiva do material de campo e organização de acordo com os núcleos de sentido das narrativas apresentadas.

QUADRO 2 – Unidades de Registro e Unidades de Contexto Temática

Clara = 34 anos, solteira, superior completo, branca, CLT, tabaco, álcool, cocaína, Santa Felícia		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	<p>Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família</p> <p>Dimensão afetivo-relacional</p> <p>Violência de Gênero</p> <p>Dimensão relacional no trabalho</p>	<p><i>A minha irmã e meu irmão são como ela [mãe], são muito moralistas, são muito sérios, não gostam de brincadeiras, não gostam de... sabe? De nada errado, não bebem! Meu irmão bebeu um pouco, mas assim socialmente, sabe?</i></p> <p><i>Eu sempre fui muito protegida pela minha mãe, a gente sempre teve uma relação assim, meio de dependência uma da outra.</i></p> <p><i>Meu relacionamento com o pai das duas pequenas foi um, assim, uma relação humilhante pra mim, foi horrível (...)</i></p> <p><i>Porque eu já fui mandada embora da prefeitura de São Carlos e eu não estava com ele, eu já fui efetiva aqui, três anos em estágio probatório e eu fui mandada embora no final do estágio probatório por conta disso.</i></p>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	Negação do direito a maternidade	<p><i>Tudo ela [mãe] fala “Volta pra casa”, ela não permite, ela acha que ela tem essa posição, esse poder de não permitir que eu pegue as meninas para mim.</i></p> <p><i>(...) eu tive coragem de deixar tudo que eu nunca na minha vida imaginei que eu fosse deixar...as minhas filhas. Eu sinto muita culpa por ter deixado as meninas, sabe?</i></p>
Mecanismo para o fortalecimento	Consciência de si	<i>(...) eu acho assim, eu tenho que, no que depende de mim eu preciso ser mais firme</i>

	<p><i>transtorno bipolar afetivo.</i></p> <p><i>Então eu queria, essa história de querer agradar todo mundo eu fui me estragando, eu falo, sabe? Eu fui me fechando e esse pânico de trabalhar que está me acabando, num fui trabalhar o resto da semana passada inteiro, não fui na quinta e num na sexta.</i></p> <p><i>Necessidade de troca de afeto, demonstração pública de carinho, claro, não precisa ser aqueles “smile”, num sei o quê. Mas poxa dá um beijinho, segura na mão, vamos sair.</i></p>
--	--

Frida = 23 anos, solteira, fundamental completo, parda, desempregada, tabaco, álcool, maconha e cocaína, São José		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família Processo de luto	<i>Aí eu comecei a usar já com 14, comecei no cigarro, eu não sabia fumar, eu não sabia tragar o cigarro, minha mãe me ensinou a tragar o cigarro. Aí ela também bebia, aí foi onde eu comecei a beber também (...)</i> <i>Porque eu me senti muito sozinha, porque eu era muito próxima dele [irmão], me senti sozinha e eu queria morrer igual a ele, queria ter a mesma morte que a dele.</i>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser filha e ser mãe)	Sentimento de rejeição	<i>Minha mãe, assim, ela sempre foi fechada...comigo. Ela não gostava de ficar muito perto de mim, ela falava que eu nunca fui desejada. Agora meu pai não, meu pai me levava para passear... (pensativa) só que ele também nunca foi tão presente assim.</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Fortalecimento dos vínculos relacionais	<i>Apoio...(pensativa) familiar e força de vontade. Só!</i> <i>(...) que aí eu poder ter a convivência junto com a minha mãe, que nem eu tinha antes. Com meu pai. Assim que eu quero (...)</i>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de defesa	<i>Primeiro teve o fato da morte do meu irmão, que ele morreu por causa de droga, aí pelo fato dele morrer de droga eu achei que eu também tinha que começar a usar para eu morrer igual a ele, eu comecei a usar.</i> <i>Porque assim, a minha mãe mesmo, ela fala que eu não vou parar, que eu sou drogada, que eu não tenho mudança, que ela já</i>

		<p><i>desistiu de mim, se ela falasse outras coisas, se ela falasse “não, vamos tentar”, se ela ficasse do meu lado eu acho que eu teria mais força de vontade.</i></p> <p><i>(...) aí eu tava triste numa festa, uma amiga minha perguntou para mim se eu queria me alegrar, eu falei que queria, ela me deu cocaína para mim cheirar. Eu cheirei, depois disso eu não parei mais...aí eu comecei a fumar maconha e até hoje eu fumo(...)</i></p>
Repercussões para a Saúde	Aspectos psicossociais	<p><i>Aí depois que eu comecei a usar droga eu comecei a me afastar de todo mundo. Comecei a não querer mais ter amigo nenhum. Preferia ficar mais isolada.</i></p>

Lélia = 35 anos, solteira, fundamental completo, parda, desempregada, álcool e cocaína, Santa Felícia

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	<p>Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família.</p> <p>Dimensão afetivo-relacional</p> <p>Violência de Gênero</p>	<p><i>E aí quando ele [pai] começou eu morava numa chácara e ele bebia (...)</i></p> <p><i>E meu namorado, ele bebe.</i></p> <p><i>Aí um dia eu quis falar para minha vó que é a mãe dele [pai], não acreditou. Aí ela morreu e até hoje ela não acreditou. Aí passou um tempo eu contei para minhas tias, aí depois desse dia eu comecei a ter mágoa, mágoa dele, porque na verdade eu queria ter um pai, entendeu?</i></p> <p><i>Eu falo que a família que eu tenho é meu namorado, eu falo para ele que ele é meu pai, ele é meu amigo, ele me ajuda, sabe? Então, para mim a minha família é ele.</i></p> <p><i>E nesse dia ele [pai] chegou de noite “beudo” e eu tinha dez anos, ele me pegou, tampou a minha boca, tirou a minha roupa e tentou fazer... tipo, estuprou, né?</i></p>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	<p>Sentimento de rejeição</p> <p>Negação do direito a</p>	<p><i>A minha mãe me abandonou quando eu tinha um ano de idade... aí quem me pegou para me criar foi a minha avó que é a mãe dele [pai]. E aí ela morreu com 72 anos, que era minha vó e mãe, né?</i></p> <p><i>Aí eu saí de casa, eu amiguei, aí eu tive uma</i></p>

	maternidade	<i>filha que hoje tem 16 anos e aí meu namorado arrumou uma casa colocou eu e ela, aí por causa do álcool e da droga eu perdi, eu perdi ela, foi para casa da minha ex sogra. E aí a guarda tá com minha ex sogra (...)</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Qualificação profissional	<i>Planejando de eu arrumar um emprego, poder arrumar uma casa ou alugar uma casa, né? E viver minha vida normal, trabalhando, né? Poder fazer algum curso, alguma coisa, né? E nunca mais bebida!</i>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de Defesa	<i>Aí ele [pai] tinha um terreno, nessa rua. Aí eu comecei a trabalhar num bar, nessa época eu ainda bebia, comecei a trabalhar no bar e essa mulher pagava para mim todo mês, né? Ele pegava meu dinheiro e falava que era para pagar o terreno. Aí pagou todo o terreno, que o terreno era para ser meu, aí o que ele fez, ele pegou o terreno, vendeu e gastou tudo com “putaiada”, aí, me desculpa a palavra. E aí é isso, é isso que eu sinto. Aí eu comecei a usar droga, entrei no alcoolismo, perdi a minha filha (...)</i>
Repercussões para a Saúde	Aspectos físicos	<i>Porque na segunda feira eu vim e aquele senhor de óculos, o médico, ele falou que eu tô com começo de cirrose (...)</i>

Maria Quitéria = 29 anos, união estável, médio completo, branca, dona-de-casa, tabaco, álcool e cocaína, São José

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<i>E aí quando ela [irmã] entrou no mundo das drogas ela tinha treze, catorze anos, é... a gente não sabia na época, mas ela já estava no mundo das drogas...</i>
	Processo de luto	<i>(...) aí...depois que meu irmão faleceu que eu perdi... porque foi meu irmão que, porque minha mãe me botou para fora de casa, aí meu falecido irmão alugou uma casa e falou “não, eu vou pagar o aluguel e ela vai vir morar comigo, o filho dela pode não ter pai, mas eu sou o padrinho dele, eu vou assumir ele e num sei o quê (...)</i>
Fenômeno da vivencia da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	Sentimento de rejeição	<i>(...) porque minha mãe fala, minha mãe sempre falou que eu fui uma gravidez que ela não esperava, então eu já tinha uma, eu já cresci com essa rejeição (...)</i>
	Negação do direito a	<i>Eu não vou mentir, quando eu comecei aqui</i>

	maternidade	<i>o tratamento [CAPS AD] eu não acreditava, eu vinha mais para poder meio que passar um pano pro conselho tutelar não tirar meus filhos (...)</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Fortalecer vínculos relacionais	<i>O que eu acho que eu preciso, eu acho que eu tô tendo que é o apoio de vocês aqui [CAPS AD]. Hoje em dia depois de muita luta...eu consegui o apoio da minha mãe...a minha mãe, a gente se aproximou muito, eu e minha mãe, entendeu?</i>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de defesa	<i>Só que foi meio que por... pra chamar atenção, porque na época minha outra irmã, que é um ano mais nova que eu já usava, aí eu comecei a perceber que minha mãe dava muita atenção para ela e pouca atenção para mim(...)</i> <i>Eu acabo me deixando levar no álcool, toda vez que da crise em mim assim, eu acabo bebendo demais a ponto de dar trabalho, dar conselho tutelar (...)</i>
	Processo de luto	<i>Só que três dias antes do meu filho nascer meu irmão faleceu, e ele era o único homem, a minha referência era ele. Aí eu perdi ele. Aí foi quando eu afundei de vez nas drogas, entendeu?</i>

Nísia = 65 anos, viúva, superior incompleto, branca, aposentada, tabaco e álcool, Redenção

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<i>(...) E, e aí meu pai também bebia, mas era bebida assim, um pouco menos. Com o tempo passou também a aumentar, meus tios, eu tinha vários tios alcoólatras e meu pai era mais um alcoólatra de final de semana, meu pai era mais homem do jogo, com o tempo isso foi piorando.</i> <i>(...) Eu convivi com muitos alcoólatras, amigos, vizinhos, parentes, tio, mãe, pai, tudo (...)</i>
	Violência de Gênero	<i>(...) Então, mas ela [sogra] era muito, ela era muito ruim comigo, assim, maldosa mesmo. De falar mal, de por os filhos contra, de por marido contra (...)</i> <i>(...) mas a partir do momento que ele</i>

	<p>Processo de cuidar do outro</p>	<p>[namorado] melhorou, que ele conseguiu ter uma outra condição de vida ele passou a me menosprezar bastante (...)</p> <p>(...) mas, era sempre aquela choramingação de dinheiro comigo, né? E isso, é uma coisa assim que me machuca muito, machuca muito (...)</p> <p>Quando foi em janeiro o João [marido] foi fazer um check-up e descobriu que tava com câncer. Em janeiro de 2001. Aí aquilo acabooooou comigo (...)</p> <p>E nessas alturas também meu irmão tava com problema e também separou da mulher e foi para minha casa morar, né? Então, né? Muita gente! Na minha casa morou muita gente e a gente ia atendendo na medida que dava né?!</p> <p>Paulo [namorado] sempre muito doente e eu cuidando dele, ele quase morreu, aí eu trouxe ele para cá, internei ele. Então eu fiquei assim, uns dois anos cuidando do Paulo sabe?</p>
	<p>Processo de luto</p>	<p>(...) aí aconteceu a morte do meu pai, meu pai faleceu com 60 anos, por acidente, e embora eles estivessem separados, minha mãe ficou muito, ela piorou muito (...)</p> <p>(...) Todos meus cunhados, minha cunhada, que assim era, quando, eu enterrei minha mãe, em 91, acabei de enterrar minha mãe, no dia 22, cheguei em casa, e eu e o João [marido] deitamos um pouco, porque a gente tinha passado a noite inteira, assim, era umas cinco horas da tarde tocou o telefone, minha cunhada já estava internada.</p> <p>Pesou muito a morte do João [marido] pra gente (...)</p> <p>Então eu ia ao cemitério, eu tava indo ao cemitério todos os dias, eu passava e ia trabalhar, eu tava aposentada mas eu continuei trabalhando, eu passava e ia lá no túmulo do João [marido], ia brigar, mas eu</p>

		<i>chegava lá e xingava, entendeu? (Chorando bastante) Você foi embora? Você me largou sozinha, o que você queria? Por que você não ficou aqui?</i>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	Negação do direito a maternidade	<i>(...) aí ela [mãe] falava que eu não tinha afeto suficiente pelo meu filho, que eu não era uma mãe amorosa, ela me ligava e “ó” em mim, sabe?!</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Consciência de si	<i>(...) e eu hoje, eu tô vendo assim, depois até namorei mais tudo, e eu comecei a perceber, depois que eu vim aqui [CAPS AD], que eu não tenho mais necessidade de envolvimento com ninguém para me preencher. Eu tenho um envolvimento muito bom com a minha família, eu tenho um envolvimento bom com os meus filhos, com meu irmão, com meus irmãos, eu tenho os meus amigos e eu gosto do muito de mim mesma, eu gosto de ficar comigo mesma, então assim (...)</i> <i>(...) Mas ah, eu me, não é que eu me basto, mas eu acho que não tem necessidade de ter envolvimento emocional com homem pra poder ser feliz</i>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de defesa	<i>(...) Mas eu acho que foi assim, enquanto eu tava cuidando do doente, eu não bebi, eu não bebia, entendeu, porque assim, eu bebia menos, tomava muito menos. Porque a vida inteira eu cuidei de gente, de repente, não tem mais ninguém pra cuidar? Como que acontece isso?</i>
Repercussões para a Saúde	Aspectos físicos Aspectos psicossociais	<i>(...) Fraturei, fraturei...Me machuquei várias vezes, eu caí e quebrei três costelas e a omoplata, uma das quedas que foi uma queda de sete degraus, né?</i> <i>(...) Memória, memória...</i> <i>(...) E também outra coisa que eu fiz muito e também eu esquecia e depois eu sabia porque as pessoas me falavam, eu não tinha o menor pudor de pegar o telefone e meter a boca quem quer que fosse (...)</i> <i>(...) eu tava muito deprimida, muito deprimida. E sem achar que estivesse, entendeu?! Mas eu tava muito deprimida.</i>

Pagu = 34 anos, união estável, pós-graduação cursando, branca, autônoma, tabaco, álcool, cocaína, LSD/Extase/Chás, Redenção		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<i>Minha família inteira é cachaceira. (...) eu tenho um padrão de maridos maconheiros (...) meu pai era maconheirão pra caralho (...) minha mãe por outro lado era alcoólatra</i>
	Dimensão afetivo-relacional	<i>(...) na verdade eu não tenho muito amigo, eu tenho bem poucos amigos, eu não abro muito minha vida, minha intimidade para as pessoas, não gosto, eu sou reservada (...)</i>
	Violência de Gênero	<i>(...) mas você não pode olhar pro lado, você não pode respirar, você não pode usar uma mini saia, você não pode receber os amigos em casa, fica controlando seu celular, seu facebook, seu whatsapp, com quem você fala, com quem você não fala e não pode olhar pro lado que já vira uma treta fenomenal, mas ele [ex marido] pode, e você concorda. Ai, é de enlouquecer (...)</i> <i>(...) planejei para caralho, passei quatro meses me programando escondido, para sair de lá e tinha essa coisa, eu não podia largar dele [ex marido], não podia porque ele era uma pessoa tipo violenta, assim, ele nunca chegou a me agredir de socar, mas me esganava, sabe? Pega você pelo pescoço e soca a parede, assim ó?</i> <i>(...) era um jogo de manipulação pesado (...)</i> <i>(...) foi 48 horas de tortura psicológica profunda (...)</i>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	Negação do direito a maternidade	<i>[sobre a mãe saber da notícia da gravidez] Você é uma burra, você acabou com a sua vida, sua débil mental” me esculachou de um jeito, até hoje eu não perdoei, entendeu? Até hoje eu não perdoei, acabou comigo, acabou. Me destruiu, foi péssimo, foi foda (...)</i>

	Rejeição a maternidade	<i>(...) eu não tinha opção, né véio? O que eu ia fazer? Trancada em casa com duas crianças, nunca quis ter filho na minha vida (...)</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Consciência de si Qualificação profissional	<i>Não vou me sentir culpada não. Vou cuidar de mim. Porque cuidar de mim ninguém quis, sabe? Buscando meu caminho, tô tentando andar com as minhas próprias pernas, me sinto, sei lá, muito mais poderosa, mais feliz, mais leve, mais livre, faço o que eu quero, entendeu? (...) eu acho que é isso que vai me dar essa sensação de fato de falar “agora eu sou dona do meu nariz mesmo e não dependo de absolutamente ninguém (...) Então eu já tô aprendendo esse trampo, de manutenção, sabe? Tô aprendendo com muito amor e muito carinho porque eu sei que se um dia eu me separar de novo e não tiver o que fazer eu consigo, abrir uma empresa, tocar minha empresa, trabalhar com alguém ou contratar um funcionário e eu sei o quê eu tô fazendo, entendeu?</i>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de defesa	<i>[sobre o relacionamento com o ex marido] (...) brigava, brigava, brigava muito. Vai, vai pra rua, vai fazer o que você tem que fazer? Eu vou ficar em casa bebendo, fodase. (...) bom...se eu tô bêbada eu não posso brigar, então eu vou começar a beber. (...) ah, estou longe da minha mãe, então agora eu posso fumar. (...) ai eu tenho duas horas pra beber, então tátátá, bebe cinco latas de cerveja correndo (...) (...) é tinha esse lance, tinha que beber rápido, deitar e dormir (...) Tem que deixar ela [mãe] ser grossa, fazer tudo as vontade dela, arghh, aí eu enlouqueci de vez, aí eu enlouqueci de vez. Que foi bem nessa hora que eu comecei a cheirar para caralho...</i>

Repercussões para a Saúde	Aspectos físicos	<i>Daí você não janta porque “não vou comer porque quero ficar alegrinha.” Aí depois, “não vou comer se não vai passar” [O efeito do álcool] aí emagreci para caralho.</i>
	Aspectos Psicossociais	<i>(...) eu sempre fui muito compulsiva (...)</i> <i>É que eu olho para minha vida hoje, eu tô com 34 anos, e falo “gente, eu não vivi a minha vida, sabe?”</i> <i>Descobri que estava sendo traída [pelo ex marido], fiquei mal pra caralho, entrei numa puta depressão(...)</i>

Maria Bonita = 32 anos, união estável, fundamental incompleto, branca, desempregada, tabaco, álcool e cocaína, São José

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<i>Assim, meu pai e minha mãe nunca usou droga, mas assim, bebida eles bebiam, mas agora não bebe mais, mas bebeu, já beberam.</i>
	Dimensão afetivo-relacional	<i>Eu casei muito nova, eu casei com 14 anos, eu já estava amigada, com meu marido, que foi meu primeiro namorado (...)</i> <i>Essas coisas, eu vejo o jeito que ela trata minha irmã, o jeito que me trata, do jeito que trata meu irmão, tem a diferença ali, eu sinto, eu vejo.</i> <i>Daí a gente se separou de novo [marido], daí foi onde, que ele me traiu, porque ele falava assim, “já que você me abandonou, foi viver com outro”, ele quis pagar com a mesma moeda, sabe, tipo, eu tendo um filho com outra pessoa.</i>
	Violência de Gênero	<i>Daí saía as brigas por causa disso, a gente não sabia [ela e o marido], se a gente voltou era pra gente viver feliz, não pra gente brincar, não é verdade? Mas daí a gente começou a brigar por causa disso daí, por causa do meu relacionamento...</i> <i>(...) eu acho que é a agressão que eu tive, que meu marido me agrediu, que por causa da bebida, eu fui agredida, fiquei com</i>

		<p><i>hematomas, eu acho que, a gente refletir mesmo o que realmente a gente quer pra vida da gente e procurar a melhora (...)</i></p> <p><i>Mas assim, eu sofria muito na mão da minha mãe, minha mãe me batia muito, nossa... me batia, me maltratava, daí eu não queria ficar perto dela (...)</i></p>
Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	Negação do direito a maternidade	<i>Eu não me controlava mais, brigava com meu marido que queria mais [bebida], e tive que perder meus filhos pra poder ver que eu tava no fundo do poço, mas eu não enxergava isso.</i>
Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	Qualificação profissional Consciência de si	<p><i>Fui atrás de emprego, entregando currículo, eu quero mudar, eu quero preencher minha vida assim, sabe? Trabalhar, quem sabe um dia voltar a estudar, preencher, assim pra mim também dar o melhor pros meus filhos.</i></p> <p><i>E assim, o que eu quero mais é ter minha família de volta e viver feliz, essa é minha meta. Ser feliz, que eu não era feliz.</i></p>
Disparadores para o uso de substância psicoativa	Mecanismo de defesa	<p><i>No começo é uma ilusão a droga, a bebida porque a gente começa por curiosidade depois a gente... acontece alguma briga em casa a gente vai e quer usar, quer beber.</i></p> <p><i>(...) assim, o mundo tava desestabilizado, com meus sentimentos, com a minha vida. Eu não tinha mais assim alegria de viver. Acordava pensando em beber uma cerveja, daí eu bebia, bebia, daí no outro dia eu acordava ruim, queria sarar, daí bebia outra.</i></p>
Repercussões para a Saúde	Aspectos físicos Aspectos psicossociais	<p><i>(...) que eu, hoje eu vejo tantos momentos que eu perdi com meus filhos, com a minha família, uns momentos que a gente podia passear eu tava de ressaca ou mau humorada. É difícil.</i></p> <p><i>(...) que eu tava muito desanimada, sabe? Acordava ficava triste, triste, triste (...)</i></p>

Carolina = 50 anos, solteira, fundamental incompleto, preta, desempregada, tabaco, álcool e maconha, Redenção

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
-----------	----------------------	----------------------

Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<p><i>Meu pai bebia e espancava minha mãe também.</i></p> <p><i>Eu bebo e eles [os irmãos] bebem também, mas eles quer ser, não sei, eles quer ser melhor do que eu, entendeu? Então, nós não se combina por causa disso.</i></p>
	Dimensão afetivo-relacional	<p><i>Mas meus irmãos eles ganham bem, sabe? Tem estudo, mas, porque eu ajudei, sabe? E hoje eles me abandonam (...) é, humilhação da minha família, desprezo que nem eu falei pra você, é só esse sentimento todo que eu sinto.</i></p> <p><i>Desde os meus sete anos que eu sofro. Desde os sete sim porque eu que trabalhava, ajudava minha mãe, minha mãe teve doze filhos, entendeu? Era a mais velha, ela trabalhava na roça e eu que cuidava dos meus irmãos, e aí foi indo assim, eu ajudei a criar meus irmãos, e hoje eu tenho a maior tristeza dentro de mim, do fundo mesmo do meu coração porque ajudei a criar todos eles, dei estudo e hoje eu to precisando, preciso deles e eles não me ajuda, entendeu?</i></p> <p><i>Fui me saindo das amizades um pouco, fui me saindo, fui me saindo e quis ficar isolada, sozinha, entendeu? Eu não tenho amizade, eu não tenho.</i></p>
	Violência de Gênero	<p><i>Bom porque esse foi meu segundo casamento, meu primeiro que é o pai do meu filho era a mesma coisa também, eu apanhava, eu não bebia, só o pai do meu filho que bebia, ele saía, passava a noite fora, com mulheres e eu não bebia (...)</i></p> <p><i>(...) eu comecei a namorar com o pai do meu filho eu tinha 9 anos. Nós namorava escondido, e quando minha mãe descobriu, né? Meu pai. Eles me pnharam pra fora de casa, sabe (...)</i></p> <p><i>E eu fiz corpo de delito também, entendeu? Então eles viram que eu tava machucada e eu peguei e falei que eu só fiz aquilo porque eu tava apanhando.</i></p>

<p>Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)</p>	<p>Rejeição a maternidade</p> <p>Sentimento de perda</p>	<p><i>Nós [ela e o filho] não se conversa muito, sabe? Quando a gente se conversa é assim, umas duas ou três palavras, sabe? Mas, assim, não assim como mãe e filho, entendeu?</i></p> <p><i>Mas eu grávida dele, deste menino meu, o pai dele uma vez me bateu, sabe? E eu, eu tive sim esse filho, mas não assim, alegre, contente, sabe?</i></p> <p><i>(...) a única alegria que eu tive mesmo, na minha vida, pra ser sincera com você, foi uma filha que eu tive. Foi a maior alegria que eu tive da minha vida, mas só que essa alegria minha acabou rápido, eu não tive mais alegria, tem o meu filho, mas, sabe? Porque ela faleceu... não sei se ela faleceu, porque eu levei ela no médico, o médico falou pra mim que ela tava com problema de coração, ela tinha dois meses, internou ela, aí eu ia lá dar de mamar pra ela e aí no dia que eu fui, a outra vez que eu fui a menina num tava lá, na onde, como é aquele lugar? que as crianças fica pras mãe ir dar de mamar, num tava, aí as enfermeiras falou que a menina tinha falecido, mas eu num vi enterro, eu não vi nada, sabe?</i></p> <p><i>Não sei onde ela foi enterrada, não sei, sabe? Mas eu sinto isso dentro de mim que ela não, não morreu essa menina. Eu tenho isso comigo que ela não morreu, minha filha era muito bonita, muito bonita minha filha era.</i></p>
<p>Mecanismos para o fortalecimento da autonomia</p>	<p>Qualificação profissional</p> <p>Consciência de si</p>	<p><i>Parar de beber mais, parar de beber completamente, parar de fumar cigarro, que a vontade que eu tenho. E trabalhar, construir minha vida e ser outra pessoa (...)</i></p> <p><i>Eu quero meu emprego, é, pagar meu aluguel, ser dona de mim mesmo, sem precisar de filhos, sem precisar, sabe? E ser feliz.</i></p> <p><i>Primeiro lugar eu quero arrumar um emprego, trabalhar e seguir minha vida, entendeu?</i></p>
<p>Disparadores para o uso de</p>	<p>Mecanismo de defesa</p>	<p><i>(...) eu comecei a beber álcool depois que eu me separei do meu marido, eu me separei</i></p>

substância psicoativa		<i>dele porque ele me batia, me espancava, porque antes eu não bebia.</i>
Repercussões para a Saúde	Aspectos físicos	<i>(...) eu bebia o dia inteiro, dormia, e levantava bebia, não comia...</i>
	Aspectos psicossociais	<i>Só sinto vontade de chorar, beber, só... “fazer coisa comigo” [ideação suicida]</i>

Dandara = 41 anos, solteira, médio incompleto, preta, CLT, álcool, Santa Felícia		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Fenômenos Psicossociais	Histórico de consumo de substâncias psicoativas na família	<i>Meu avô sempre bebeu, meus tios, tias, pai, mãe, irmãos, sempre teve. É uma coisa assim, hereditária. Eu já tive bastante parentes que já faleceram ou adoeceram por conta de álcool.</i>
	Dimensão afetivo-relacional	<i>(...) porque meu pai sempre foi muito bravo, num deixava eu namorar em casa, então como eu não podia namorar em casa eu dava umas escapadinhas escondido. Se eu trouxesse um namorado em casa, meu irmão brigava, queria bater no namorado, meu pai...</i> <i>Ah, a minha mãe, sempre foi assim, ela sempre passou por cima dele pra proteger os filhos. Então assim, ele [pai] era bravo, sempre foi, mas a minha mãe sempre brigava com ele pra defender a gente.</i>
	Violência de Gênero	<i>Quando brigava com o marido lá, já, “mãe”, chorando, “mãe, eu vou voltar pra casa”, “fia, perai que já tô indo com o caminhão te buscar”, “perai, que já vou arrumar um carro aqui, alguma coisa, já tô chegando.”</i> <i>(...) aí brigava com ele [companheiro], largava, aí ele me batia, eu largava...aí voltava, e ele prometia que ele ia mudar, que ia melhorar e eu voltava e eu largava, e eu voltava e largava, isso era direto.</i>
	Processo de luto	<i>Tinha acabado de sair de férias, peguei o dinheiro, peguei a menina e fui no velório, eu viajei pra lá, porque eu queria ver o corpo, pra mim ter certeza de que ele [companheiro] tinha morrido, porque eu não tava acreditando (...)</i>

agrupamento de idéias principais, e a discussão dos resultados. Organizamos neste quadro, 04 (quatro) categorias temáticas de análise, sendo elas: 01) Fenômenos psicossociais; 02) Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe); 03) Repercussões para a saúde e 04) Mecanismos para o fortalecimento da autonomia. A ordem apresentada refere-se às situações vividas pelas mulheres em seus contextos de vida (categorias 01 e 02), seguida com as repercussões para a saúde (categoria 03) diante dos fenômenos vivenciados, e por último, o que apresentam como mecanismo para o fortalecimento da autonomia. Cumpre informar que a categoria “disparadores para o uso de substância psicoativa” contida no quadro 2, foi suprimida do quadro 3 como categoria temática, pois avaliamos que o seu conteúdo incorpora-se às análises interpretativas das subcategorias do quadro 3, assim, as unidades de contexto desta categoria encontram-se esmiuçadas ao longo de todo o processo interpretativo da discussão dos dados.

QUADRO 3 – Categorias Temáticas e Subcategorias de Análise

Categorias Temáticas	Subcategorias
01) Fenômenos Psicossociais	<p><i>a) Dimensão afetivo-relacional</i></p> <p><i>b) Violência de Gênero</i></p>
02) Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)	<i>A maternidade – sobre os direitos sexuais e reprodutivos</i>
03) Repercussões para a Saúde	<p><i>a) Aspectos Físicos</i></p> <p><i>b) Aspectos Psicossociais</i></p>
04) Mecanismos para o fortalecimento da autonomia	<p><i>a) Consciência de si</i></p> <p><i>b) Fortalecimento dos vínculos relacionais</i></p>

4.3.1 Categoria Temática 1: Fenômenos Psicossociais

Esta subcategoria refere-se a situações e acontecimentos que ocorreram na vida das mulheres sobre os relacionamentos e convivência familiar e afetiva, que apresentam as relações com pai, mãe, irmãos e amorosas, incluindo as vivências de processo de luto, e as histórias permeadas por violência de gênero nas relações íntimas de afeto.

4.3.1.1 Subcategorias

a) Dimensão afetivo-relacional

Em todas as narrativas as mulheres apresentaram o uso de SPA na história familiar. Cresceram e viveram em volta de pessoas que faziam o uso de bebida alcoólica ou tabaco. Na vida adulta muitas vezes essa relação entre convivência pessoal e uso de substâncias permanece, seja no campo afetivo-amoroso, seja no campo social.

Aí eu comecei a usar já com 14, comecei no cigarro, eu não sabia fumar, eu não sabia tragar o cigarro, minha mãe me ensinou a tragar o cigarro. Aí ela também bebia, aí foi onde eu comecei a beber também (...) [Frida]

*Minha família inteira é cachaceira.
(...) eu tenho um padrão de maridos maconheiros
(...) meu pai era maconheirão pra caralho
(...) minha mãe por outro lado era alcoólatra [Pagu]*

Alguns estudos apontam a vivência familiar como possibilidade de iniciação no uso de substância psicoativa. Guimarães *et al* (2009) indicam que pais que fazem o uso de drogas servem de modelos aos filhos. Segundo Feijó *et al* (2016), as mulheres iniciaram o uso de álcool antes do casamento, com familiares e amigos. Monteiro *et al* (2011) também constatam em sua pesquisa com mulheres consumidoras de álcool, que a convivência com familiares bebedores desde a infância foi uma constante. No entanto, assim como em nosso estudo, as mulheres não associam o uso prejudicial a esse vivido, atribuindo a outras situações como violência e vivência da maternidade.

Outro fator importante que pode ser relacionado sobre o histórico de uso de substâncias em familiares é sobre a herança genética. Conforme os estudos de Negrão *et al* (2011), a dependência química pode ter um componente genético nas gerações familiares. Ressaltam que esse componente não poder ser analisado isoladamente, e sim em conjunto com situações ambientais e de vida, mas que é um fator a ser considerado nas investigações

diagnósticas e tratamentos. Por isso esse foi um ponto a ser considerado na narrativa das mulheres, inserido na compreensão sobre suas necessidades de saúde.

Um dos assuntos que as mulheres trouxeram que marcaram a história de suas vidas é sobre o relacionamento e convivência com pai e mãe. Algumas com exemplos de excesso de proteção por parte de um dos genitores, outras com situações de relação conflituosa e distante de afetos, como gravidez indesejada e sentimentos de rejeição.

Conforme Paz e Colossi (2013), uma família com distanciamento afetivo, dificuldade de comunicação, com enfraquecida expressão afetiva pode contribuir para o uso e a permanência ativa na dependência química. Por outro lado, estar próximo a pessoas acolhedoras, com delimitação de limites e comunicação adequada pode ser fator de proteção aos usuários. Vale ressaltar, que é prerrogativa do CAPS AD, em sua portaria, promover o atendimento às famílias, uma vez que o cuidado ao familiar é intrínseco à melhora dos pacientes.

Nos relatos das mulheres, pudemos identificar que muitas delas iniciaram a experimentação e abuso de substância psicoativa na adolescência e juventude. Conforme Guimarães *et al* (2009) discorrem em seu estudo, o papel da mãe é fator de análise importante no estudo de uso de drogas. A relação com o progenitor do mesmo sexo costuma ser muito próxima, e pode se tornar prejudicial. Famílias de meninas usuárias de drogas aparentam ser mais disfuncionais em sua dinâmica e na interação entre pais e irmãos, como falta de limites e disciplina, maus tratos e violência como fatores de risco para o abuso de SPA, e por fim, a dependência química como forma de enfrentar os problemas dessa fase da vida.

Ramiro, Padovani e Tucci (2014) descrevem alguns fatores de risco para o abuso ou dependência de SPA, como vitimização na infância, familiares usuários de drogas, exposição a eventos traumáticos, presença de outras comorbidades psiquiátricas, entre outros.

Algumas dessas situações foram citadas pelas mulheres entrevistadas:

(...) minha mãe era assim, quando ela ficava, quando ela bebia muito ela acabava...ela me agredia...não meus irmãos, era mais a mim, aí ela falava que eu não tinha afeto suficiente pelo meu filho, que eu não era uma mãe amorosa, ela me ligava e “ó” em mim, sabe?! [Nísia]

Desde os meus sete anos que eu sofro. Desde os sete sim porque eu que trabalhava, ajudava minha mãe, minha mãe teve doze filhos, entendeu? Era a mais velha, ela trabalhava na roça e eu que cuidava dos meus irmãos, e aí foi indo assim, eu ajudei a criar meus irmãos, e hoje eu tenho a maior tristeza dentro de mim, do fundo mesmo do meu coração porque

ajudei a criar todos eles, dei estudo e hoje eu to precisando, preciso deles e eles não me ajuda, entendeu?[**Carolina**]

A história de vida de Carolina demonstra como as relações e os papéis de gênero socialmente adquiridos por muitas mulheres desde a infância influenciam na sua condição de uso problemático de álcool. Teve a responsabilidade de contribuir com as finanças da casa desde pequena, acumulando com o cuidado dos irmãos. E hoje uma mulher adulta de 50 anos, sente-se abandonada pelos irmãos que cuidou, por ser alcoólista. Viveu uma relação afetiva permeada por violência, como colocaremos adiante. Neste ponto podemos destacar que a concepção de Carolina acerca do abuso do álcool relaciona-se às marcas de gênero na sua condição de ser mulher e dependente química.

A vivência da perda de algum familiar através da morte também foi relatada pelas mulheres como uma situação de vida a ser enfrentada por elas, inclusive algumas citaram o momento do luto e perda como disparadores para o início ou aumento do uso de álcool e cocaína.

Conforme Fukumitsu (2004), o luto inclui sentimentos e reações diversas. É um processo, e precisa ser experienciado. O não vivido e o não respeitado, pode dificultar o crescimento humano. Relaciona-se com a percepção e a maneira de quem o vivencia, ora como situação de crise, ora como momento de desafios e transformações. E então, para o indivíduo, existe a liberdade de se fazer o que se quer com esse sentimento, e como se apropriar dessa situação. Cabe a cada um essa decisão.

Para algumas mulheres desta pesquisa, o uso e o abuso de substância psicoativa parece atuar como mecanismo de defesa para o enfrentamento do luto. Para Frida e Maria Quitéria, os irmãos falecidos foram figuras que significaram proteção em suas vidas, em situações cotidianas como o levar para a escola quando era criança, ou de oferecer casa quando descobriu que estava grávida e não tinha onde morar. A morte representou a perda dessas referências. Na primeira gravidez de Pagu, o pai dela teve um derrame cerebral e ficou inconsciente. Essa gestação foi vivenciada como um momento de conflito, e a ausência do pai foi relatada como muito difícil para si, inclusive porque as tensões com a mãe aumentaram. Em Nísia, a viuvez proporcionou sentimentos de solidão.

Porque eu me senti muito sozinha, porque eu era muito próxima dele [irmão], me senti sozinha e eu queria morrer igual a ele, queria ter a mesma morte que a dele. Não do mesmo jeito, mas pela mesma coisa. Eu não queria viver sozinha sem ele, mas quando eu caí em mim já era tarde demais, eu já estava viciada e não conseguia mais parar. [Frida]

(...) aí...depois que meu irmão faleceu que eu perdi... porque foi meu irmão que, porque minha mãe me botou para fora de casa, aí meu falecido irmão alugou uma casa e falou “não, eu vou pagar o aluguel e ela vai vir morar comigo, o filho dela pode não ter pai, mas eu sou o padrinho dele, eu vou assumir ele e num sei o quê (...) [Maria Quitéria]

(...) logo eu descobri que eu estava grávida, não deu quinze dias, meu pai teve um derrame, passou dois meses internado no hospital e depois morreu. E meu pai era meu amigo, parceiro, sabe?[Pagu]

Pesou muito a morte do João [marido] pra gente (...) [Nísia]

Gostaria de destacar que essa situação com o cuidado de doentes e de morte foi bastante marcante na história de vida relatada por Nísia. Ela conta que a sua casa sempre foi morada de pessoas doentes (que ela se responsabilizava pelo cuidado), ou quando ela ia na casa das pessoas cuidá-las. Como irmã mais velha, Nísia foi quem cuidou da doença e morte da mãe. A sogra foi viver em sua casa nos últimos anos de vida, bem como a atenção para o câncer da cunhada e até um dos últimos namorados a relação foi permeada pelo cuidado em saúde. Quando se viu na situação de não “precisar cuidar” de mais ninguém, foi desencadeado o processo do uso problemático do álcool.

(...) Mas eu acho que foi assim, enquanto eu tava cuidando do doente, eu não bebi, eu não bebia, entendeu, porque assim, eu bebia menos, tomava muito menos. Porque a vida inteira eu cuidei de gente, de repente, não tem mais ninguém pra cuidar? Como que acontece isso?[Nísia]

Mas o que mais marcou a dor da perda em Nísia foi a doença e morte do marido. O momento da narração da morte dele trouxe emoção, com choro e dramatização em sua fala:

Então eu ia ao cemitério, eu tava indo ao cemitério todos os dias, eu passava e ia trabalhar, eu tava aposentada mas eu continuei trabalhando, eu passava e ia lá no túmulo do João [marido], ia brigar, mas eu chegava lá e xingava, entendeu? (Chorando bastante) Você foi embora? Você me largou sozinha, o que você queria? Por que você não ficou aqui? Vem aqui agora enfrentar as coisas. Nossa, até eu voltar a sentir amor pelo João, demorou muito, eu fiquei com uma raiva dele tão grande (...) [Nísia]

Em Carolina, o relato da perda da filha também apresentou significado afetivo. Segundo a sua história, ela sempre desejou ter uma filha mulher. No primeiro casamento teve um filho, e na segunda gestação veio uma menina. Tudo ia bem com a criança até os dois

meses de vida. Nessa idade, a bebê foi internada no hospital com “problema” no coração, e veio a falecer pouco tempo depois. O que chocou Carolina foi que ela recebeu a notícia, mas não teve acesso à filha, não fazendo nenhuma despedida e nem funeral. Com essa situação, Carolina refere ter sentimentos de que a menina possa estar viva, e tem levado consigo essa dúvida, além na não possibilidade de vivência do luto.

(...) a única alegria que eu tive mesmo, na minha vida, pra ser sincera com você, foi uma filha que eu tive. Foi a maior alegria que eu tive da minha vida, mas só que essa alegria minha acabou rápido, eu não tive mais alegria, tem o meu filho, mas, sabe? [Carolina]

Não sei onde ela foi enterrada, não sei, sabe? Mas eu sinto isso dentro de mim que ela não, não morreu essa menina. Eu tenho isso comigo que ela não morreu, minha filha era muito bonita, muito bonita minha filha era [Carolina]

Como apresenta Souza (2009) em uma análise sobre um serviço que presta assistência a pessoas que estão em processo de luto, constata-se que 95% da procura pelo serviço foi composto por mulheres, que em sua maioria apresentaram dificuldades de aceitação das perdas, com transtornos ansiosos e depressivos associados. Ou seja, podemos considerar que há uma relação de gênero nessa situação apresentada, uma vez que a maioria composta por mulheres foi em busca do serviço.

Não encontramos estudos que relacionem o processo de luto com o abuso de SPA e dependência química em mulheres, assim, podemos indicar que esse pode ser tema ou objeto de pesquisa nessa área.

As mulheres apresentaram outros aspectos do âmbito afetivo-relacional que atribuem como desencadeadores ao uso de substâncias psicoativas em suas vidas. Parecem entender que esse uso funciona como mecanismo de defesa no enfrentamento de angústias e situações conflitantes, ou para burlar regras em uma relação materna permeada por excesso de rigidez na educação, ou pelo sentimento de falta de suporte familiar, ou por querer chamar a atenção da família e em situações de crise. Enfim, para essas mulheres, parecem existir diferentes fatores do campo afetivo-relacional que agem como estímulos para o uso dessas substâncias.

Para Clara, por exemplo, o uso de cocaína foi o meio encontrado para enfrentar uma educação materna permeada por rigidez e moralismos e ao mesmo tempo com excesso de proteção. Tais situações, associadas a sua baixa estima e sentimentos de inferioridade, contribuíram para o uso problemático de SPA. Já Frida aponta que, quanto menor o apoio da mãe no tratamento no CAPS AD, maior é a sua vontade de continuar usando drogas, ou seja, a fragilidade e a falta de apoio na relação com a mãe dificultam o abandono do uso de drogas.

Em Maria Quitéria, a disputa pela atenção materna com a irmã também foi uma das motivações para o abuso de drogas e álcool. Nesses relatos, podemos identificar o quanto os processos educativos e afetivos familiares relacionam-se com a história do consumo de drogas.

Então, é, eu acho que minha relação com droga seja essa questão de burlar as regras, de fazer alguma coisa que parecia que era pra me libertar, mas na verdade foi o que me acorrentou, né? Com tudo que eu fazia de errado acabei ficando dependente química, aí bebia, cheirava e bebia e cheirava e fumava assim, o tempo todo [Clara]

Eu ia ter mais...motivação, para parar - (falando da mãe que não apóia o tratamento no Caps ad) - Aí ela falando essas coisas, aí sim que me dá vontade de usar mesmo, por causa que ela pensa que eu não vou parar, então eu não vou parar. [Frida]

(...) então quando eu entrei no mundo das drogas, tudo bem, eu já tinha 18 anos, eu já tinha uma cabeça mais formada, entendeu? Só que foi meio que por...pra chamar atenção, porque na época minha outra irmã, que é um ano mais nova que eu já usava, aí eu comecei a perceber que minha mãe dava muita atenção para ela e pouca atenção para mim, então eu falo que eu me deixei envolver nesse mundo, meio que para chamar a atenção da minha mãe, você entendeu? Para ter a atenção dela. [Maria Quitéria]

Em relação à amizade, pudemos identificar que a maioria delas tem poucos amigos, sendo que algumas atribuem esse fato pelo afastamento das pessoas em decorrência do uso de álcool e drogas e outras por escolha própria de preferir restringir as relações sociais. Neste sentido, a escolha das amizades também pode atuar tanto como fator protetivo quanto de risco para a dependência. Para o fator protetivo, faz-se importante oportunizar espaços onde se estabeleçam redes de amizade, quer sejam atividades físicas, artísticas, culturais e educacionais, levando em conta o aumento do suporte social (DAGNONE e GARCIA, 2014).

Aí depois que eu comecei a usar droga eu comecei a me afastar de todo mundo. Comecei a não querer mais ter amigo nenhum. Preferia ficar mais isolada. [Frida]

(...) na verdade eu não tenho muito amigo, eu tenho bem poucos amigos, eu não abro muito minha vida, minha intimidade para as pessoas, não gosto, eu sou reservada (...)[Pagu]

Fui me saindo das amizades um pouco, fui me saindo, fui me saindo e quis ficar isolada, sozinha, entendeu? Eu não tenho amizade, eu não tenho [Carolina]

Outro aspecto importante relatado pelas mulheres refere-se ao trabalho. Algumas destacam a importância da dimensão afetivo-relacional para sua vida profissional, interferindo tanto em relação à perda de trabalho, quanto em busca de emprego e carreiras profissionais, como será colocado adiante. Clara apresenta que a sua instabilidade emocional por questões afetivas e familiares contribuíram para a demissão do trabalho. No entanto, ela também refere conjuntamente que o uso abusivo de cocaína foi fator importante nesse processo. Ou seja, o abuso de drogas também interferiu em sua carreira profissional. Já Pagu apresenta o quanto a sua trajetória profissional acadêmica não traz garantias de bom emprego, e por essa insegurança, planeja a aprendizagem de outras profissões. Ou seja, parece que o trabalho pode ser tensionado por questões relacionadas às vivências comportamentais, sejam implicadas pelas relações de intimidade afetiva, seja pelo uso abusivo de drogas, ou ainda pelas incertezas que as escolhas por uma carreira profissional pode acarretar.

(...) eu já fui efetiva aqui, três anos em estágio probatório e eu fui mandada embora no final do estágio probatório por conta disso [devido a excesso de faltas pelos conflitos com a família e abuso de SPA]. [Clara]

Então o que eu tô fazendo no momento, é, aprendendo uma profissão porque honestamente, mestrado e doutorado, num vai me arrumar um bom emprego, não é assim não, é muito... depende de aparecer um concurso, de você ter um mínimo contato com o lugar, sabe? [Pagu]

Neste sentido, podemos considerar que na dimensão afetivo-relacional os pontos identificados como necessidade de saúde das mulheres atendidas no CAPS AD são os vínculos familiares e afetivos, bem como considerar o processo de vivência do luto como ação coordenada no cuidado em saúde, ofertar espaços de socialização e acolhida para a ampliação do repertório de amizades, e por fim, colocar em discussão os aspectos relacionados ao trabalho.

NECESSIDADES DE SAÚDE
Vínculos familiares e afetivos
Processo de vivência do luto
Ofertar espaços de socialização e acolhida
Aspectos relacionados ao trabalho

b) Violência de Gênero

A situação de violência foi relatada por todas as mulheres desta pesquisa, em suas diferentes manifestações, na relação íntima de afeto com companheiro e/ou familiares, conforme outros estudos também apontam (SCHRAIBER *et al*, 2002)

O fenômeno da violência nas relações de intimidade é complexo e multifatorial, e o seu enfrentamento depende de ação conjunta composta por uma rede especializada de atendimento e política para as mulheres, no campo do sistema judiciário, de políticas de emprego e renda, do sistema de assistência social, educação e saúde.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher⁴ – Convenção de Belém do Pará, promovida pela ONU em 1994, definiu violência contra a mulher: “*Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada*”, ou seja, sob a perspectiva do feminismo, não pode ser compreendida sem considerar as desigualdades de gênero. Pode ocorrer no âmbito familiar, comunitário e institucional, e ser manifestada de diferentes formas, como violência física (que atinge a integridade física), sexual (ato sexual não consentido), patrimonial (retenção ou destruição de objetos pessoais), moral (calúnia, difamação ou injúria), psicológica⁵ (humilhação, manipulação, isolamento, controle dos comportamentos, etc), assédio moral e sexual no trabalho, tráfico de mulheres, exploração sexual, entre outras, todas elas considerando ainda os recortes raciais e de classe social.

As mulheres desta pesquisa sofreram violência em diferentes fases da vida, ou seja, quando eram crianças ou quando eram adultas, nas relações com familiares ou nas relações conjugais. Algumas delas vivenciaram em todas as épocas da vida. Essa situação pode ser exemplificada nos relatos de Pagu. Ela expressa a violência sofrida em momentos como ao contar para a mãe que estava grávida (a mãe reagindo como ter filho correspondesse a “perder” a própria vida), sendo tal situação, inclusive, o motivo para desencadear o aumento do uso de cocaína na gestação; ou na dependência financeira da mãe, que pagava a mensalidade escolar de suas filhas, o que colocou uma relação de submissão na convivência entre mãe e filha; e ainda, na vida conjugal, a difícil violência no casamento. Ou em Clara, que relata situação de submissão com o pai da sua segunda e terceira filha.

⁴ Disponível em <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>

⁵ Todas essas cinco primeiras descritas na Lei 11.340/06 – popularmente conhecida como Lei Maria da Penha

“Você é uma burra, você acabou com a sua vida, sua débil mental” me esculachou de um jeito, até hoje eu não perdoei, entendeu? Até hoje eu não perdoei, acabou comigo, acabou. Me destruiu, foi péssimo, foi foda (...) [Pagu]

Mano, foi tão visível, mas foi tão visível, primeiro mês que ela pagou a mensalidade da escola, ela virou um monstro, entendeu? Um monstro. Aí começou a me humilhar, fazendo exigências, pressão, sabe? [Pagu]

(...) mas você não pode olhar pro lado, você não pode respirar, você não pode usar uma mini saia, você não pode receber os amigos em casa, fica controlando seu celular, seu facebook, seu whatsapp, com quem você fala, com quem você não fala e não pode olhar pro lado que já vira uma treta fenomenal, mas ele pode, e você concorda. Ai, é de enlouquecer (...) [Pagu]

(...) foi 48 horas de tortura psicológica profunda (...) [Pagu]

Meu relacionamento com o pai das duas pequenas foi um, assim, uma relação humilhante pra mim, foi horrível (...) [Clara]

Carolina, que teve a responsabilidade precoce de cuidar dos irmãos mais novos e trabalhar para contribuir com o sustento da casa, começou a namorar aos 09 anos, mas os pais proibiram o relacionamento. O romance escondido foi descoberto pela família quando ela estava com 13 anos, e resultou em sua expulsão da casa dos pais, indo morar junto com o namorado. Portanto, com 13 anos teve a sua primeira união estável, e pouco tempo depois, o primeiro filho. Logo a união se desfez, pois ele era muito “mulherengo”. O segundo casamento teve a duração de 25 anos, e segundo relata Carolina, todos os anos vividos com violência. O desfecho desse relacionamento ocorreu de forma bastante trágica, de acordo com os seus sentimentos, como contamos a seguir. As vivências foram relatadas com bastante emoção.

(...) esse foi meu segundo casamento... meu primeiro que é o pai do meu filho era a mesma coisa também, eu apanhava...ele saía, passava a noite fora, com mulheres (...) [Carolina]

E ele me espancava, me batia, e eu fui apanhando, fui apanhando e aí comecei a beber, a beber e a bebida foi me tomando. Aí fumei a droga, a maconha, mas eu não continuei... continuei só no álcool porque eu só queria só dormir, dormir e aí eu fui pegando raiva dele, pegando raiva dele e teve um tempo que ele veio me bater e eu queimei ele com feijão quente [Carolina]

porque ele chegou bêbado e já me espancando, entendeu? E eu estava fazendo janta. Aí ele me bateu, eu fiquei com os olhos roxo, sabe? Me deu facozada, fiquei com minhas coxas tudo roxa. [Carolina]

Colocamos os dois trechos sobre o episódio para demonstrar tanto a violência repetitiva, ou seja, longitudinal, quanto a severidade do ato ocorrido nessa relação, o que é muito comum em relações afetivas violentas, conforme pude acompanhar como psicóloga do Centro de Referência da Mulher. A queimadura com feijão, segundo relatado por Carolina, ocorreu em uma busca de proteção, no momento do espancamento. Essa situação de crise resultou no término do relacionamento. E segundo Carolina, após tudo isso acabar, como mecanismo de defesa, o abuso do álcool foi se desencadeando.

Nesse caso de violência vivida entre os pares, podemos compreender, conforme Schraiber *et al* (2009), como a naturalização e banalização da violência produz impactos para cada situação dos gêneros, e a relação intra ou inter-gênero, se não for cuidada em suas dimensões, pode se perder na invisibilidade dos distintos contextos sociais relacionada ao fenômeno.

Da mesma forma, Maria Bonita viveu momentos de violência com a mãe quando era criança e com o marido. Conforme Ferraboli *et al* (2015), muitas vezes, o fato de um dos familiares fazer o uso de substância, pode gerar reações na família, como provocar desentendimentos, separações, críticas por parte de familiares e vizinhos.

Mas assim, eu sofria muito na mão da minha mãe, minha mãe me batia muito, nossa... me batia, me maltratava, daí eu não queria ficar perto dela (...) **[Maria Bonita]**

(...) eu acho que é a agressão que eu tive, que meu marido me agrediu, que por causa da bebida, eu fui agredida, fiquei com hematomas, eu acho que, a gente refletir mesmo o que realmente a gente quer pra vida da gente e procurar a melhora (...) **[Maria Bonita]**

Outro apontamento trazido por Corradi-Webster (2009) é que a mulher que faz o uso de álcool não tem a mesma atenção que é dada ao homem que bebe, sendo muitas vezes abandonada pelo marido, renegada pela família ou culpada por não ser boa mãe, como foi o que aconteceu com Maria Bonita e Carolina. Koch *et al* (2011) apontam que o usuário de álcool muitas vezes perde o respeito dos familiares, sendo motivos de situações de disrupção do grupo familiar e de infelicidade.

Porque assim, a minha mãe mesmo, ela fala que eu não vou parar, que eu sou drogada, que eu não tenho mudança, que ela já desistiu de mim, se ela falasse outras coisas, se ela falasse “não, vamos tentar”, se ela ficasse do meu lado eu acho que eu teria mais força de vontade. **[Frida]**

(...) aí ela falava que eu não tinha afeto suficiente pelo meu filho, que eu não era uma mãe amorosa, ela me ligava e “ó” em mim, sabe?! [Nísia]

Mas meus irmãos eles ganham bem, sabe? Tem estudo, mas, porque eu ajudei, sabe? E hoje eles me abandonam (...) é, humilhação da minha família, desprezo que nem eu falei pra você, é só esse sentimento todo que eu sinto [Carolina]

Para Lélia, um dos fatores que motivou o abuso do álcool e cocaína em sua história de vida, que foi motivo de lágrimas no momento da entrevista, foi a violência sexual praticada pelo pai na infância. Além do abuso, a violência patrimonial também esteve presente na relação paterna.

E nesse dia ele chegou de noite “beudo” e eu tinha dez anos, ele me pegou, tampou a minha boca, tirou a minha roupa e tentou fazer... tipo, estuprou, né? [Lélia – relato sobre o pai]

Aí ele tinha um terreno, nessa rua. Aí eu comecei a trabalhar num bar, nessa época eu ainda bebia, comecei a trabalhar no bar e essa mulher pagava para mim todo mês, né? Ele pegava meu dinheiro e falava que era para pagar o terreno. Aí pagou todo o terreno, que o terreno era para ser meu, aí o que ele fez, ele pegou o terreno, vendeu e gastou tudo com “putaiada”, aí, me desculpa a palavra. E aí é isso, é isso que eu sinto. Aí eu comecei a usar droga, entrei no alcoolismo, (...) [Lélia]

É considerado abuso as atividades sexuais em que crianças e adolescentes não tem condições físicas, cognitivas e psicológicas para enfrentar o ato, transgredindo normas legais. O uso de substância psicoativa na adolescência pode ocorrer como forma de lidar com esse abuso, uma vez que os envolvidos encontram-se em situação de vulnerabilidade emocional, e por sentimentos como dor, sofrimento, vergonha e culpa (Doescher, Leão e Ribeiro, 2014). Assim, uma vez identificado o abuso, é importante que sejam adotadas medidas de prevenção antes que o uso de SPA se inicie.

Aí um dia eu quis falar para minha vó que é a mãe dele, não acreditou. Aí ela morreu e até hoje ela não acreditou. Aí passou um tempo eu contei para minhas tias, aí depois desse dia eu comecei a ter mágoa, mágoa dele, porque na verdade eu queria ter um pai, entendeu?[Lélia]

Eu falo que a família que eu tenho é meu namorado, eu falo para ele que ele é meu pai, ele é meu amigo, ele me ajuda, sabe? Então, para mim a minha família é ele [Lélia]

Freitas e Farinelli (2016) descrevem que as principais conseqüências psicossociais da violência sexual feminina são a depressão, o transtorno de estresse pós-traumático, o retraimento social, a dificuldade de manter relacionamento amoroso e a disfunção sexual. No

caso de Lélia, o retraimento é um fator de destaque em sua convivência social, colocando o namorado como referência familiar, uma vez que as tias e avó não acreditaram em seu relato sobre o abuso.

Em relação a violência de gênero, um ponto de destaque é o ciclo da violência, reconhecidamente um fenômeno nessa área, constituído por três fases: 01) A fase de *construção da tensão*, momento de ameaças com palavras, ciúmes, quebra de objetos, e a mulher tentando apaziguar e evitar discussões; 02) A fase de *explosão da violência*, quando ocorre a violência física, em que muitas vezes a mulher sai de casa, sendo considerado o auge da tensão e do conflito e 03) A fase de *lua de mel*, momento de demonstrar arrependimento e promessas de mudança por parte de quem agiu com violência, até que as tensões se iniciam novamente (LUCENA *et al*, 2016)

Podemos considerar que é bastante válido para o profissional de saúde saber reconhecer em que fase está a mulher que vive uma situação de violência, pois para cada momento, a intervenção e cuidado pode ser planejada de forma específica. Esse é um fator também a ser identificado nas necessidades de saúde, e como todos os casos de violência, o rompimento do ciclo não deve ser cuidado apenas no campo da saúde, mas em ação intersetorial e individualizada. Dandara e Pagu apresentam em seus relatos essas repetições, bem como o rompimento muitas vezes é processual e planejado sistematicamente, não conseguindo ocorrer de forma imediatista e isolada.

(...) aí brigava com ele, largava, aí ele me batia, eu largava...aí voltava, e ele prometia que ele ia mudar, que ia melhorar e eu voltava e eu largava, e eu voltava e largava, isso era direto [Dandara]

(...) planejei pra caralho, passei quatro meses me programando escondido, para sair de lá e tinha essa coisa, eu não podia largar dele, não podia porque ele era uma pessoa tipo violenta, assim, ele nunca chegou a me agredir de socar, mas me esganava, sabe? Pega você pelo pescoço e soca a parede, assim ó? [Pagu]

Segundo Ribeiro *et al* (2017), a violência doméstica é um dos principais aspectos a ser levado em consideração no tratamento das mulheres usuárias de substâncias, pois em muitos casos, o uso funciona como mecanismo de defesa, e associa-se ao abuso ou à persistência do consumo, sendo motivos de recaídas, embora não seja fator a ser analisado isoladamente.

Alguns sinais e sintomas podem estar presentes em mulheres dependentes químicas: isolamento, culpa, vergonha, baixa estima, dificuldade em tomar decisão, negação do problema (Ribeiro *et al*, 2017), sendo este último muitas vezes relacionado à insegurança

quanto à perda da guarda do filho, como será discutido no próximo tópico. Por isso, faz-se pertinente a identificação desses casos, e iniciativas específicas para a intervenção ao caso.

Targino (2017) relata que o tratamento apropriado para a mulher dependente química deve levar em conta a lista de demandas associadas aos traumas vividos ao longo da vida, às questões afetivas e às especificidades históricas do feminino, de forma a particularizar as ações específicas para este público.

A violência de gênero contra as mulheres pode ser considerada a maior das desigualdades nas relações de poder entre homens e mulheres, permeada pela ideologia da dominação masculina, conforme a concepção feminista. É considerado um problema de saúde pública pela OMS, e possui a “Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher”⁶, publicado pela OPAS em 2015 como necessidade urgente de abordar a violência em escala mundial no campo da saúde pública, como meta de eliminação de todas as formas de violência contra a mulher.

Abordar a violência de gênero em saúde significa trazer a discussão sobre os movimentos feministas e suas reivindicações para o interior das formações dos profissionais de saúde. Para o enfrentamento do fenômeno, é crucial a compreensão do processo histórico e social em que a violência se constitui na relação entre homens e mulheres. No entanto, muitas vezes os serviços de saúde abordam o fenômeno parcialmente, sob a perspectiva da doença (D’oliveira, 2000). Colocar o tema em discussão corresponde a tomadas das interações afetivas e íntimas para a ciência e política pública (SCHRAIBER *et al*, 2009).

Enquanto os homens estão mais expostos à violência cometida por estranhos, nas mulheres o risco maior é por pessoas próximas, em situações crônicas e repetitivas, e essa é uma das questões a serem enfrentadas pela saúde pública. Assim, o desafio está em traduzir as questões práticas da vida das usuárias que sofrem violência (e nesta pesquisa, portanto, as mulheres atendidas no CAPS AD), para o mundo do sistema de saúde, planejando possíveis ações de intervenção. Para esse alcance é importante colocar a mulher como sujeito da relação, apreendendo assim a totalidade da situação – no envolvimento entre profissional e paciente – particularizando a possibilidade de cuidado e intervenção (D’OLIVEIRA, 2000).

Conforme Oliveira (2011) a violência de gênero tem interfaces com a saúde coletiva, no sentido da busca pela ruptura com o modelo assistencial hegemônico, de forma que a transformação da realidade significa enfrentamentos político, ideológico, técnico, cultural e social, com implicações nos modos de viver de quem a necessita. Neste sentido, a saúde

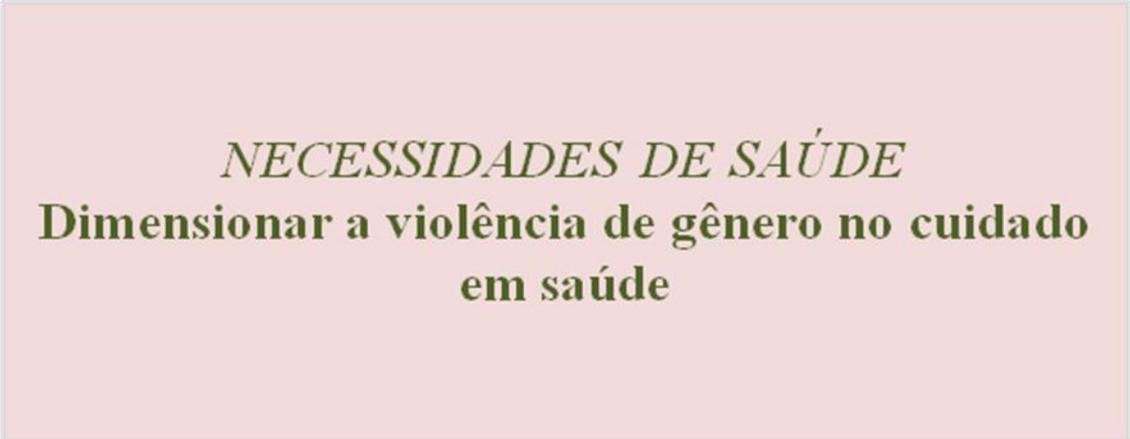
⁶ Disponível em

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y

coletiva surge no campo da reforma sanitária e social, com releituras das políticas, das instituições que prestam o serviço e das necessidades de saúde, abrindo-se ao social e cultural na composição de saberes e práticas (SCHRAIBER *et al*, 2009).

Destaca-se a pertinência de situar a ação do profissional no compromisso com os direitos humanos e das mulheres, para maior equidade nas questões de gênero no campo da saúde, internalizando a prática às questões do social, do racial, do gênero e da subjetividade (SCHRAIBER *et al*, 2009).

Embora a compreensão de que a questão da violência contra a mulher é e não-é problema dos serviços de saúde (D'OLIVEIRA, 2000), sendo um fenômeno a ser cuidado de forma intersetorial, não podemos deixar de colocá-la na dimensão das necessidades sociais – sentidas e não-sentidas - de saúde das mulheres, de maneira a não incidir apenas no adoecimento, mas de responder às necessidades ampliadas a essa realidade.



NECESSIDADES DE SAÚDE
Dimensionar a violência de gênero no cuidado em saúde

4.3.2: *Categoria Temática 2: Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe)*

Nesta categoria vamos explicar sobre a vivência da maternidade pelas mulheres, com a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Vamos discutir sobre os afetos envolvidos com a vinda da maternidade, o desejo e o não-desejo, os direitos de ser mãe e também os sentimentos de rejeição trazidos pelas entrevistadas, no momento da sua concepção (quando suas mães estavam grávidas). Cumpre informar que das 09 participantes, 08 delas são mães, exceto a Frida.

4.3.2.1 A maternidade – sobre os direitos sexuais e reprodutivos

A vivência da maternidade foi um assunto bastante enfatizado pelas mulheres da pesquisa. O ser mãe envolve situações de acúmulo de atividades, algumas vezes sendo mãe sozinha mesmo tendo companheiro, de falta de apoio familiar na descoberta da gravidez, de perda da guarda dos filhos (provisória ou definitiva).

Algumas situações já foram relatadas anteriormente e compreendidas também como violência sofrida pelas mulheres. Devemos destacar, entre outras, quando Pagu refere ter avisado a mãe sobre a gravidez e foi “esculachada” (sic) por ela naquele momento; quando Maria Quitéria foi expulsa de casa na primeira gestação; ou quando a mãe de Nísia dizia que ela não era uma boa mãe. Esses relatos aconteceram porque, segundo elas, foram momentos de sentimento de falta de suporte em uma situação que não queriam estar sozinhas.

Clara é mãe de três meninas, sendo a mais velha de um primeiro relacionamento, e as outras duas do segundo companheiro, que era casado, portanto, viveu um relacionamento extra- conjugal com duas gestações. Em nenhuma gravidez o pai das crianças esteve presente, assim, o suporte para as filhas vem da mãe e do pai de Clara, e isso é relatado como um problema pra ela, pois sente que não exerce a função e responsabilidade materna. Clara relata que sua mãe ofereceu suporte no processo de ter suas filhas, porém na prática, a mãe toma para si a responsabilidade e educação das crianças, muitas vezes desmerecendo o papel de Clara nessa ação.

Até os 33 anos, com a três filhas, Clara viveu com os pais, e nessa idade, conheceu um rapaz e resolveu ir morar com ele, mas a mãe “não deixou” (sic) ela levar as filhas, e sente-se culpada por ter ido morar com um homem e as filhas não estarem com ela. Essas vivências são desencadeadoras para o uso de substâncias, e para a sua fragilidade no relacionamento familiar.

Tudo ela [mãe] fala “Volta pra casa”, ela não permite, ela acha que ela tem essa posição, esse poder de não permitir que eu pegue as meninas para mim [Clara]

Eu não sei o que foi que eu vi no Pedro [namorado] que eu tive coragem de deixar tudo que eu nunca na minha vida imaginei que eu fosse deixar as minhas filhas. Eu sinto muita culpa por ter deixado as meninas, sabe? [Clara]

Em Pagu, numa união conjugal permeada por violência, apresenta a maternidade como difícil, pois não planejou ter as duas filhas na vida. Vivendo em ambiente privado, longe da família (outra cidade) envolvida com a pós-graduação (mestrado e doutorado) junto com os cuidados da maternidade, enquanto o marido em uma vida pública, nos afazeres do trabalho

fora de casa, refere que sentia-se só, e assim a bebida alcoólica foi tomando espaço em sua vida.

(...) eu não tinha opção, né véio? O que eu ia fazer? Trancada em casa com duas crianças, nunca quis ter filho na minha vida (...) **[Pagu]**

Em Lélia, na situação de violência com o pai, saiu de casa e foi morar com um rapaz, ficando grávida com 19 anos. Com o tempo, foi intensificando o uso de álcool e cocaína, e assim, por solicitação dos familiares, a sua filha passou a ser cuidada pela avó paterna, com quem está até hoje. Lélia hoje mora sozinha, em uma casa alugada e sustentada pelo atual namorado. Sempre visita a filha, com convivência entre as duas.

Aí eu saí de casa, eu amiguei, aí eu tive uma filha que hoje tem 16 anos e aí meu namorado arrumou uma casa colocou eu e ela, aí por causa do álcool e da droga eu perdi, eu perdi ela, foi para casa da minha ex sogra. E aí a guarda tá com minha ex sogra (...) **[Lélia]**

Já Maria Quitéria e Maria Bonita chegaram ao CAPS AD para tratamento por solicitação do conselho tutelar, como medida de proteção para as crianças. Em suas histórias, apresentam angústias relacionadas à maternidade negada pelo uso abusivo de álcool. Os quatro filhos de Maria Bonita ficaram provisoriamente com a avó materna, e os três meninos de Maria Quitéria permaneceram com ela, porem com supervisão constante de sua rede de convivência comunitária (atual marido, mãe, conselheiros tutelares).

Eu acabo me deixando levar no álcool, toda vez que da crise em mim assim, eu acabo bebendo demais a ponto de dar trabalho, dar conselho tutelar (...) **[Maria Quitéria]**

Eu não vou mentir, quando eu comecei aqui - referindo-se ao CAPS AD - o tratamento eu não acreditava, eu vinha mais para poder meio que passar um pano pro conselho tutelar não tirar meus filhos (...) **[Maria Quitéria]**

Eu não me controlava mais, brigava com meu marido que queria mais, e tive que perder meus filhos pra poder ver que eu tava no fundo do poço, mas eu não enxergava isso **[Maria Bonita]**

A história de violência de Carolina também representou uma maternidade difícil para si. Refere não ter vivido de forma alegre a espera do bebê, e esse vínculo fragilizado é vivenciado até hoje na relação entre ela e o único filho, hoje adulto.

Mas eu grávida dele, deste menino meu, o pai dele uma vez me bateu, sabe? E eu, eu tive sim esse filho, mas não assim, alegre, contente, sabe? [Carolina]

Nós [ela e o filho] não se conversa muito, sabe? Quando a gente se conversa é assim, umas duas ou três palavras, sabe? Mas, assim, não assim como mãe e filho, entendeu? [Carolina]

Em Dandara também não houve planejamento reprodutivo. Refere que teve uma educação rígida pelo pai na adolescência, que proibia todas as filhas de namorar. Certa vez, em um baile, conheceu um rapaz e ficaram juntos naquela noite, resultando na gravidez da única filha. Viveu os cuidados da menina com a ajuda dos pais, e assim como Clara, o pai da criança não esteve presente. Dandara também chegou ao CAPS AD por solicitação do conselho tutelar, com a guarda da filha sob a responsabilidade de sua irmã. Ao longo do tratamento, a convivência entre mãe e filha foi se restabelecendo, mas ela relata as marcas dessa situação para si.

Fiquei com ele [pai da filha] num baile, um dia só, umas horas, não foi um dia (...). Engravidei, numa vez só. [Dandara]

(...) mas graças a Deus os problemas que eu tava já tão dando uma aliviada, né? Que é esse negócio de perder a guarda. Ah, é difícil, né? Você pari, você cria um filho, é a mesma coisa que cê falar assim, seu filho morreu porque você não vai ver mais. Se seu filho é doado por aí, você não vai ver mais. É o mesmo que tivesse morrido. [Dandara]

A maternidade é um fenômeno complexo, multidimensional, particular para diferentes culturas e grupos sociais, e para cada mulher em si. A concepção pode envolver desejo e planejamento ou negação e conflitos.

A representação da maternidade tradicionalmente tem sido baseada na idéia do amor instintivo e espontâneo das mulheres por seus filhos, associada a sentimentos positivos pela condição de ser mãe e de divinização do fenômeno (Resende, 2017). Mas Badinter (1985) traz uma importante contribuição a respeito do mito do amor materno e da ideologia maternalista, contribuindo para a grande área sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A filósofa busca quebrar o paradigma de que a mulher é feita para ser mãe, e boa mãe.

Para Badinter (1985) o amor materno existe, mas não necessariamente em todas as mulheres, não sendo, portanto, uma harmonia pré-estabelecida. O “maternar” a uma criança

pode ser feito por outras pessoas além da mãe, não é exclusivo a ela, pois tem outros componentes envolvidos além do amor, como a moral, os valores sociais e religiosos.

Badinter (1985) entende a maternidade como uma construção social enraizada simbolicamente, variando segundo diferentes contextos históricos, sociais, econômicos e políticos. Parte, portanto, da idéia de que, historicamente, o valor dado à maternidade, à relação mãe-criança e ao amor materno nem sempre foi o mesmo, sendo que as variações que as concepções e atitudes relacionadas à maternagem apresentam, são produzidas por uma série de discursos e práticas sociais. As suas concepções partiram de estudos sobre a mortalidade infantil, os papéis sociais atribuídos a homens e mulheres e as concepções feministas sobre a maternidade.

Conforme Rodrigues (2008) a maternidade está inserida no ciclo de vida das mulheres, e promove repercussão em suas vidas, nas dimensões simbólicas, ideológica, emocional, política e econômica. Há o processo natural de gestar, dar à luz e amamentar o bebê, no entanto, como fenômeno social, a maternidade implica em direitos e deveres que uma mulher reivindica em relação à criança que nasceu. Esses direitos podem ser dados a quem gerou a criança, mas podem ser direcionados a outras pessoas por tutela, transferidos para adoção, direcionado ao pai, entre outras pessoas. Para o homem, o processo pode ser diferente. Ele não sofre o ônus físico da gestação, tem autonomia para decidir sobre criação de vínculo. Assim, há uma relação de gênero na questão da maternidade, e envolve aspectos subjetivos e de controle do Estado, que traça parâmetro de reconhecimento da legitimidade de cada bebê que nasce, atribuindo-lhe cidadania e apoiando ou punindo sua genitora.

Algumas mulheres não têm condições físicas de levar a gestação a termo, psíquicas para as questões emocionais ou econômicas para enfrentar os encargos da criação, e isso pode gerar descompasso entre a maternidade e as exigências requeridas para essa função (RODRIGUES, 2008).

As políticas públicas que incidem sobre a questão da maternidade e sexualidade estão relacionadas com as concepções sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Conforme a UNFPA (2009), os direitos reprodutivos são constituídos por leis, princípios, normas e institutos jurídicos, que possuem a função instrumental de estabelecer direitos e obrigações do Estado e do cidadão em relação à reprodução e ao exercício da sexualidade, com participação ampla do campo da saúde nessa discussão. Possui a perspectiva de igualdade e equidade nas relações e direitos, e de ampliar o poder do Estado na promoção, efetivação e garantia desses direitos.

A UNFPA (2009) estabeleceu alguns princípios relativos a natureza dos direitos reprodutivos, como: À vida e à sobrevivência; À saúde sexual e reprodutiva, inclusive, aos benefícios ao progresso científico; À liberdade e à segurança; À não-discriminação e o respeito às escolhas; À informação e à educação para tomada de decisão; À autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade; Ao casamento, à filiação, à constituição de uma família; À proteção social à maternidade, paternidade e à família, inclusive no trabalho.

O Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e o documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em Pequim em 1995, legitimaram o conceito de direitos reprodutivos na sua concepção atual e estabeleceram novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica, comprometidos com os princípios dos direitos humanos (UNFPA, 2009).

Um aspecto importante no Plano do Cairo é a relação estabelecida entre direitos reprodutivos e os direitos das mulheres, sob a perspectiva de relações equitativas entre os gêneros e dos direitos humanos, estabelecendo objetivos e metas que envolvem: a) a educação, em particular das meninas; b) igualdade entre os sexos; c) redução de mortalidade neonatal, infantil e materna; d) acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, em particular de planificação familiar e de saúde sexual (UNFPA, 2009)

Em relação ao Brasil, inúmeras legislações foram sendo incorporadas quanto ao direito da mulher à maternidade, em relação ao trabalho, direito à creche, e no código civil, com a proteção na maternidade favorecida à mãe, impondo responsabilidades alimentícias ao homem. Na década de 70, com a preocupação com o crescimento da população mundial, os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foram recebendo incentivos financeiros americanos para as práticas de planejamento familiar, principalmente às camadas mais pobres da população, em especial para mulheres negras, ocorrendo de forma inadequada na assistência à saúde das mulheres, sem fiscalização governamental e sem organização pelos serviços de saúde (UNFPA, 2009).

Reforçando-se as reivindicações do movimento feminista, a partir da década de 80, em relação à melhoria das políticas de saúde, especialmente, o acesso às informações e aos meios para o pleno exercício dos direitos reprodutivos, a discussão sobre a fecundidade entra na pauta da saúde e dos direitos humanos. Um novo discurso para a reprodução humana, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das pessoas na definição dos intervalos de nascimento e número de filhos começa a se organizar. As reivindicações feministas se integram as do movimento de reforma sanitária brasileira, contribuindo para a mudança de paradigma dos modelos de intervenção na saúde reprodutiva. Esta mudança proporcionou a

criação, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, atual PNAISM (UNFPA, 2009).

Com a promulgação da constituição de 1988, uma nova era se estabelece como marco político institucional no campo da saúde, com o estabelecimento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, estabelecida por meio de acordos internacionais em que o Brasil é signatário (UNFPA, 2009). Portanto, o SUS possui em uma de suas prerrogativas o PNAISM, na garantia de um processo reprodutivo e sexual responsável e protegido para toda a população.

No entanto, embora as políticas públicas de planejamento reprodutivo estejam sendo disseminadas e buscam abrangência de acesso, podemos considerar que fatores de outras dimensões como subjetivos e relacionais envolvem a questão da reprodução e sexualidade, como os relatos de mulheres dessa pesquisa, de não esperar a gravidez no caso de Pagu, Carolina, Dandara e Maria Quitéria, ou de não possuírem autonomia para cuidarem sozinhas de suas crianças, como Dandara, Clara e Maria Bonita.

A questão do cuidado dos filhos em mulheres usuárias de álcool e outras drogas muitas vezes é representado por estigmas em sua condição de maternidade. Por estigma compreende-se, conforme Goffman (2004. p.07):

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferente. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família.

Em Schilling e Miyashiro (2008) descrevem o estigma como desonra, descrédito, infâmia, mancha imoral da reputação de alguém.

Neste sentido, a marca de serem mulheres e dependentes químicas já as coloca em condições de vulnerabilidade e preconceitos, e se a esse fator junta-se a vivência da maternidade, a dupla moral é envolvida no processo de punição social vivido por essas mulheres, sendo muitas vezes negado o direito de ser mãe, como nos casos acompanhados pelo conselho tutelar, pelo sistema judiciário, entre outros.

Conforme Oliveira (2016) as mulheres usuárias de drogas são marginalizadas socialmente, seja pela criminalização do uso da droga ou pelo estigma de questões inerentes ao “feminino”, como o cuidado dos filhos e da família. O envolvimento das gestantes com as drogas é um fator que pode tornar o contexto social e individual da mulher ainda mais vulnerável, dificultando a experiência da maternidade.

O papel de mãe historicamente idealizado e a transgressão do uso de drogas pelas mulheres (é mãe usando droga? mulher e mãe na biqueira? – exemplos de rótulos sobre os papéis de ser mãe, mulher e consumidora de SPA) pode elevar as chances de ocorrência de riscos às mulheres e aos filhos, se constituindo, dessa forma, um elemento de estigma.

Conforme Oliveira (2016) há a condenação da mulher atribuída a vivência concomitante da maternidade e o uso de drogas. Por não se adequar ao perfil de mãe culturalmente ideal, tal condenação, quer seja da própria mulher, de pessoas próximas ou dos filhos, constitui-se como elemento de vulnerabilidade. A idéia de incompatibilidade entre exercer funções maternas e consumir drogas evidencia a preocupação em torno da criança em detrimento da condição de saúde da mulher, o que reforça o processo de culpabilização materna e exclusão social. Pela experiência do CAPS AD, podemos identificar como o discurso punitivo de “o conselho tutelar vai pegar as suas crianças” é um fantasma que assombra as mulheres nessa condição, e essas ameaças em algumas situações, não fortalece, mas fragiliza as suas potencialidades como mãe.

Assim, as mulheres-mães, que não cumprem suas funções de zelar, cuidar e proteger os filhos como estabelecido socialmente, estão sujeitas a situações de vulnerabilidade decorrente de determinantes socioculturais, políticos, econômicos e de gênero em torno do exercício da maternidade. Tais determinantes geram sentimentos de culpa e sofrimento, o que aponta como o mito da maternidade ainda é um assunto que gera repercussões, como nos casos de Maria Bonita, Clara, Maria Quitéria, Lélia, Carolina e Dandara, e como isso afeta suas concepções sobre ser mãe e ser filha.

Sobre ser filha, ainda no tema da maternidade, vamos destacar como unidade de análise a questão do sentimento de rejeição apresentado por algumas mulheres no momento do seu nascimento.

A questão do sentimento de rejeição vivenciada no nascimento de algumas mulheres foi uma situação marcante em suas histórias de vida. Lélia inicia o relato apontando sobre o abandono da mãe na infância. Frida trouxe uma relação afetiva difícil com a mãe, permeada por distanciamentos no convívio. Maria Quitéria também faz questão de enfatizar essa negação da maternidade materna, como marca de estrutura do seu vir ao mundo.

A minha mãe me abandonou quando eu tinha 01 (um) ano de idade...[Lélia]

Minha mãe, assim, ela sempre foi fechada...comigo. Ela não gostava de ficar muito perto de mim, ela falava que eu nunca fui desejada [Frida]

(...) porque minha mãe fala, minha mãe sempre falou que eu fui uma gravidez que ela não esperava, então eu já tinha uma... eu já cresci com essa rejeição (...) [Maria Quitéria]

Por outro lado, algumas delas, pela relação frágil com a mãe, apresentam maior vínculo afetivo com outros membros da família:

(...) ele era meu amigo, ele era brother, ele era um camarada, era uma pessoa que eu podia contar que me protegia (...) [Pagu – sobre o pai]

Meu pai não, meu pai sempre foi mais sossegado e meu pai não via as coisas que minha mãe fazia, ela sempre tampava o sol com a peneira, sabe? [Maria Bonita]

Neste sentido, a questão da vivência da maternidade e suas distintas manifestações, sendo mãe e sendo filha, por sua relação com a dimensão histórica e social atribuída aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pelos estigmas vivenciados coletivamente pelas dependentes químicas, revela os problemas ao direito negado de ser mãe e as repercussões em suas vidas. O não-desejo ou planejamento pela vida que gestou, em conjunto com o significado subjetivo envolvido em cada história de vida relatada, indica que a maternidade é uma necessidade de saúde a ser dimensionada no cuidado para mulheres em situação de uso de álcool e outras drogas, exigindo cuidados específicos.

NECESSIDADES DE SAÚDE **Maternidade e direitos sexuais e reprodutivos**

4.3.3 Categoria Temática 3: Repercussões para a Saúde

No decorrer da narrativa sobre a história de suas vidas as mulheres relataram os carecimentos em relação à saúde e as repercussões associadas ao uso de álcool e outras drogas. Embora a compreensão de que no uso de SPA as conseqüências para a saúde inserem-

se nas esferas físicas, psicológicas e socioculturais, um interligado ao outro, achamos importante fazer a distinção entre esses aspectos, apenas pela categorização didática dos dados.

Assim, vamos considerar as repercussões em relação aos aspectos físicos, que envolve fatores biológicos e orgânicos em relação ao corpo, e os aspectos psicossociais, que considera as dimensões afetivas, psicológicas e psiquiátricas envolvidas nas necessidades de saúde das mulheres.

Cumprе salientar que as outras categorias de análise apresentadas, como a dimensão afetivo relacional, a violência de gênero e o direito a maternidade também relacionam-se aos aspectos físicos e psicossociais das necessidades de saúde, não sendo fragmentados ou distintos, mas a separação em subcategorias é para desenvolver o material de análise que possa abranger um agrupamento de idéias, especificando cada tema trabalhado na discussão dos resultados.

4.3.3.1 Subcategorias

a) Aspectos Físicos

Os carecimentos físicos referem-se às necessidades de saúde em relação aos aspectos corporais e orgânicos, embora a sua compreensão deva ser contextualizada nas dimensões sociais e de trajetória de vida das mulheres, que estamos fazendo ao longo dessa discussão.

Clara relata que pelas dificuldades no relacionamento afetivo, foi aumentando o consumo de doces, de forma desordenada. A compulsão alimentar desenvolveu a obesidade, e fez cirurgia bariátrica para enfrentar esse problema de saúde, com repercussões em sua saúde até hoje. Associa três períodos de uso abusivo e sem limite de cocaína na vida, sendo o terceiro após a cirurgia, e pela sua avaliação, o episódio mais grave, dialeticamente relacionando com muito emagrecimento, o que pode demonstrar uma oscilação em relação à imagem corporal e suas crises de ansiedade.

(...) e fui comendo, comendo, comendo, chamava chocolate de crise aquele chocolate duo branco e preto junto, eu comprava várias barras de 200g e deixava em vários lugares estratégicos, na escola, em casa, na bolsa, no meu guarda roupa, latas de leite condensado, eu virava latas de leite condensado, eu tinha que comer uma barra daquela e tomar um litro de leite toda noite se não eu não dormia. Ah, foi aí que eu engordei e cheguei a 130kg. Fiquei horrível, quadradona assim, enorme [Clara]

Aí essa terceira vez que eu caí, acho que foi a mais feia. E é tudo assim, questão de não deu certo? Frustração, eu pego e vou lá. Ia lá e fazia o uso. Ou então estava muito bem ia lá meio que para comemorar, sabe? Então acabou sendo a justificativa para eu usar [Clara]

Então, eu percebi que eu dei uma engordada, mas eu estava precisando, eu estava me sentindo uma pessoa feia, sim. Cheguei a usar uma calça 56, agora eu estava usando uma calça 38 e a calça estava caindo, aonde eu ia parar? Aquilo começou a pesar assim pra mim porque eu passei a me sentir culpada de fazer o uso [Clara]

Segundo Blumenthal e Gold (2010) apud Santos e Cruz (2016), embora a indicação da importância de mais estudos sobre o tema, colocam que alimentos agradáveis ao paladar agem como drogas de abuso nos centros de prazer e recompensas cerebrais, ou seja, tanto as drogas quanto os alimentos tornam as vias do sistema de recompensa cerebral hiper-responsivas à substância de escolha, o que contribui para reforçar o uso. Em mulheres que apresentam preferência por carboidratos o uso contínuo diminui a capacidade desse alimento de aliviar estados de animo e ansiedade.

Já para Brasiliano (2005), em pesquisa sobre comorbidade entre dependência psicoativa e transtornos alimentares, as mulheres com esse perfil são mais jovens ao chegar ao tratamento, com tendência a maior severidade no consumo de drogas, e maior ao transtorno bipolar, como é o caso também de Clara, que apresentaremos adiante.

Se para Clara a característica da alimentação foi compulsiva, em Pagu e Carolina teve como repercussão o controle alimentar diante da espera do efeito do consumo do álcool, com a consequência o emagrecimento.

Daí você não janta porque “não vou comer porque quero ficar alegrinha.” Aí depois, “não vou comer se não vai passar” aí emagreci pra caralho. [Pagu]

(...) eu bebia o dia inteiro, dormia, e levantava bebia, não comia, aí de noite eu bebia, dormia um pouquinho, aí eu acordava já ia direto num litro de cachaça e bebia, e assim. Aí eu não comia, sabe?[Carolina]

Conforme Simões-Barbosa e Dantas-Berger (2017) a dimensão de gênero, nas cobranças sociais pelo desempenho dos papéis da mulher, que acentuam sentimentos de infelicidade, inadequação e frustração, podem estar relacionados ao consumo excessivo de drogas e aos transtornos alimentares. Segundo as autoras, os poderes mercantis e ideológicos do corpo perfeito, impulsionam para um irreal e inatingível ideal de feminilidade, assim, faz-se pertinente enfrentar o modelo de sociedade que as colocam como refém da indústria

estética e alimentícia. A fome incessante ou a ausência dela pode representar simbolicamente a busca por afeto, confiança e solidariedade.

Diante das características apresentadas, podemos considerar que a questão do consumo e controle alimentar, com as referências à autoimagem e ao corpo, também é uma necessidade de saúde para as mulheres atendidas no CAPS AD, a ser cuidado no âmbito corporal e psicossocial, como parte do processo de reabilitação e fortalecimento no cuidado em dependência química.

Em relação a outros prejuízos físicos apresentados pela ingestão do álcool em mulheres, observa-se maior frequência de danos hepáticos e sintomas de síndrome de abstinência (alucinação, cefaléia, tremor, convulsão), e em menor proporção, alterações no sono, prejuízos cognitivos como memória e problemas gastrointestinais (ESPER *et al* 2013).

E eu não consigo dormir, eu não durmo, eu fico rolando na cama, viro pra um lado, viro pro outro e às vezes quando eu consigo, eu vejo um monte de coisa, sabe? É, eu vejo um monte de coisa, é, bicho, é, aí um monte de coisera [Carolina]

Nas mulheres, o desenvolvimento acelerado dos problemas relacionados ao álcool, pela menor porcentagem de água corpórea e pelas diferenças hormonais, é denominado efeito telescópio, que significa que as mulheres iniciam o tratamento com histórias mais curtas de problemas com álcool do que os homens, mas com sintomas equivalentes (WOLLE e ZILBERMAN, 2011).

As mulheres que abusam de bebidas alcoólicas podem ter maior risco para hipertensão, desnutrição, anemia, doença cardiovascular, doenças hepáticas e gástricas, câncer de mama, atrofia cortical, prejuízo de atenção e dificuldades visuoespaciais (WOLLE e ZILBERMAN, 2011).

Uma vez que todas as mulheres dessa pesquisa fazem a ingestão problemática do uso do álcool, o efeito telescópio também pode ser um fator a ser investigado na história clínica da paciente.

(...) o médico, ele falou que eu tô com começo de cirrose (...) [Lélia]

(...) que eu, hoje eu vejo tantos momentos que eu perdi com meus filhos, com a minha família, uns momentos que a gente podia passear eu tava de ressaca ou mau humorada. É difícil. [Maria Bonita]

Nísia, a nossa entrevistada mais velha, foi a que mais conseguiu identificar as repercussões físicas em relação ao abuso de álcool. Relata que teve inúmeras quedas com fraturas em momentos de embriaguez, inclusive colocando que a quantidade do álcool ingerida não tinha sido grande, mas perdendo o equilíbrio facilmente, podendo demonstrar a questão da concentração corpórea de álcool no sangue. Descreve também perdas de memória e atenção, e situações constrangedoras como, por exemplo, telefonar para amigos e familiares em estado de embriaguez, e não se lembrar de nada quando estava sóbria.

Realmente eu tava caindo muito, também acho que meu organismo, eu não sei se tem gente, eu não sei qual é a quantidade porque tem gente, eu acho que talvez tome até muito mais que isso sem... sem ter essa... e meu organismo não tava agüentando (...) [Nísia]

(...) Fraturei, fraturei...Me machuquei várias vezes, eu caí e quebrei três costelas e a omoplata, uma das quedas que foi uma queda de sete degraus, né? Eu cai por cima de um vaso e as outras precisei de fisioterapia também, né? Assim, várias vezes, eu nem dispensava o fisioterapeuta (...) eu vivia inteira roxa e eu não tinha a menor noção do que tinha acontecido (...) [Nísia]

(...) Memória, memória...[Nísia]

(...) E também outra coisa que eu fiz muito e também eu esquecia e depois eu sabia porque as pessoas me falavam... eu não tinha o menor pudor de pegar o telefone e meter a boca quem quer que fosse... ligar pro Marcos, por exemplo e falar tudo que tava atravessado na garganta, ligar três horas da manhã para as pessoas, já fiz muito disso, e eu não lembrava, no dia seguinte, eu só lembrava porque eles mandavam alguma mensagem, alguma coisa, né, só. [Nísia]

Conforme Wolle e Zilberman (2011) a idosa possui características específicas dessa fase da vida, como menopausa, osteoporose e limitações motoras, além da aposentadoria, viuvez e saída dos filhos de casa, o que representa maior vulnerabilidade ao álcool nessa idade. Também nessa fase pode haver maior interação entre o álcool e o uso de medicamentos, com conseqüências físicas. Tais fatores podem estar relacionados com as repercussões para a saúde de Nísia, uma vez que ela encontra-se nesse momento de sua vida.

Neste sentido, podemos considerar que as necessidades de saúde relacionadas aos aspectos físicos relacionam-se a transtornos alimentares, doenças hepáticas, quedas com fraturas, dificuldade de atenção e memória, e efeitos da ressaca, conforme colocado por Maria Bonita.

NECESSIDADES DE SAÚDE
Transtornos alimentares
Doenças hepáticas
Dificuldade de atenção e memória
Efeitos da ressaca

b) Aspectos Psicossociais

Estamos relacionando os aspectos psicossociais os carecimentos de natureza subjetiva, com repercussões para a saúde, como os fatores psicológicos e afetivos que as mulheres apresentaram em suas histórias de vida. Muitos deles vieram acompanhados por lágrimas, outros por sentimentos de esperança para mudanças em suas vidas. Iremos apresentar também algumas comorbidades psiquiátricas.

O que se compreende por subjetividade, conforme Mendes-Gonçalves (2017) são as relações envolvidas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódio, que cada pessoa estabelece em seus encontros, inclusive com ele mesmo, em um constante vir a ser. Assim, delinear os aspectos subjetivos significa considerar também as relações entre o profissional que atende e o paciente, e no caso dessa pesquisa, a relação entre a pesquisadora e as mulheres entrevistadas.

Conforme Cecílio (2001) e Schraiber e Mendes Gonçalves (2000), o encontro intersubjetivo envolvido no vínculo entre usuário e profissionais é ferramenta para o levantamento das necessidades de saúde, uma vez que envolve empatia, escuta qualificada, estímulo para a autonomia, co-responsabilidade no cuidado em saúde.

Em Clara, assim como o problema da obesidade, as comorbidades psiquiátricas foram reconhecidas em sua história de vida. Relata episódios de transtorno afetivo bipolar em momentos de uso abusivo de drogas, síndrome do pânico em circunstâncias como ir trabalhar, com conseqüente faltas e problemas relacionais na escola, e sintomas paranóicos e de persecutoriedade, como no controle do horário de trabalho do companheiro.

E aí em 2014 quando eu procurei esse psiquiatra, ele fez alguns exames e ele chegou, ele fechou esse diagnóstico, transtorno bipolar afetivo. [Clara]

Eu tô indo pra a escola me dá um pânico, me dá um... uma angústia, um negócio que eu não posso ir para escola eu tenho que voltar para trás. [Clara]

Por que ele quer saber se eu vou trabalhar de tarde? Ele vai chegar quinze para as quatro em casa com quem? Ele vai trazer alguém? Ele vai sair com alguém e tal? E fica essa insegurança, essa loucura de que ele está falando com alguém na hora que eu entro no banho, tem dia que eu tomo banho de porta aberta porque eu acho que ele vai pegar o telefone dele para ligar para alguém a hora que eu tô ali, sabe? Eu ainda enxergo coisas em mim como se fosse a... sei lá, alguém tivesse me vigiando de alguma maneira, entendeu? O persecutório ficou. [Clara]

Sobre os aspectos psicológicos, podemos identificar em Clara a desvalorização de suas potencialidades, com insegurança e sentimentos de menos valia.

E sempre tive essa mania de inferioridade essa autoestima muito baixa, sempre, sempre me acompanhou. [Clara]

É muita insegurança da minha parte mesmo, essas neuroses, mas eu sempre tive essas manias de perseguição, de achar que ninguém estava a favor de mim que tudo ia acontecer nas minhas costas pro meu mal, eu sempre tive esse negócio, e eu não sei a justificativa assim desse... eu não sei se eu uso a bipolaridade para justificar esse sentimento, essa infantilidade minha ou se é as duas coisas. [Clara]

Em Nísia, após o falecimento do marido, estava com o humor deprimido, sem perceber o seu estado de saúde. Maria Bonita também relata episódios de tristeza motivados por conflitos conjugais e com a mãe, além de sentimentos de culpa pelo uso abusivo do álcool.

(...) eu tava muito deprimida, muito deprimida. E sem achar que estivesse, entendeu?! Mas eu tava muito deprimida. [Nísia]

(...) que eu tava muito desanimada, sabe? Acordava ficava triste, triste, triste (...) [Maria Bonita]

Ao longo da entrevista, Pagu faz uma reflexão sobre a sua vida. Com 34 anos, mãe de duas filhas do primeiro casamento, e atualmente vivendo com outro companheiro, com quem trabalha junto com prestação de serviços. Possui duas graduações, é mestre e com doutorado em andamento durante o período da coleta de dados. Sente que fez tudo isso pelos outros, e não para si, principalmente para suprir a vontade da mãe, motivo de frustrações em suas escolhas.

É que eu olho para minha vida hoje, eu tô com 34 anos, e falo “gente, eu não vivi a minha vida, sabe? Eu não fiz escolhas para mim” um pouco desta coisa da minha mãe ser muito

controladora, ela tem um gênio muito forte e tal, uma pessoa muito, tem que ser muito do jeito que ela quer, na hora que ela quer, pronto e acabou (...) [Pagu]

Em Dandara o sentimento é parecido com o de Pagu. Dandara teve a primeira filha solteira, sempre morando com os pais. Depois viveu amasiada com um companheiro, mas que pela vivência conjugal permeada por violência, vivia de idas e vindas entre a casa dele e da mãe. Em um dos momentos que eles estavam terminados, o rapaz faleceu repentinamente. A perda foi bastante significativa pra ela. Depois disso, continua morando com os pais, e dividindo a sua rotina entre cuidar da mãe acamada e do trabalho. Estava namorando, mas também por motivo de violência, terminou o relacionamento. A filha ficou temporariamente sob a guarda da irmã, mas na época da entrevista, estava reiniciando a convivência entre as duas. Sentimentos de estagnação, de insuficiência em relação às suas conquistas, de fazer pouco por si e mais pelos outros, são relatados por Dandara.

Você luta, luta, luta, luta e olha assim e vê que não saiu do lugar, parece que você não caminhou nada, é muita luta, por conta, que parece que, por nada, a vida não tem sentido [Dandara]

Em Carolina, ao relatar a história de sua vida, com sentimentos de solidão pelo afastamento dos irmãos no cuidado dela, pelas violências ao longo da vida, pelo desemprego, pelo vínculo frágil com o único filho, pelo alcoolismo, verbaliza e apresenta sentimentos de desesperança e vontade de morrer, pois para si, a vida já não tinha mais sentido. O que apresentou como pulsão para a vida foi o cuidado que possui com o seu cachorro, a quem demonstrou significativo afeto. Nesse relato, Carolina refere que teve dois episódios de tentativa de suicídio há alguns anos.

Mas eu ainda sinto vontade ainda, às vezes que eu fico pensando muito, muito, muito, eu tenho vontade ainda de, ainda passa pela minha cabeça ainda de eu tirar a minha vida, minha própria vida mesmo [Carolina]

Por ser a pesquisadora e psicóloga do CAPS AD, inclusive por essas duas funções serem regidas pela resolução e código de ética⁷ que asseguram a responsabilidade e compromisso na prática profissional e acadêmica, foram desencadeadas intervenções para o caso. A questão da ideação de morte foi problematizada com a participante após o término da

⁷Referente a psicologia: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Referente a pesquisadora da Ufscar: <http://www.propq.ufscar.br/etica/Reso510.pdf>

entrevista, e posteriormente, em discussão conjunta entre a equipe e Carolina, procedemos com a reorganização do PTS, com novas intervenções no cuidado à saúde.

De acordo com a OMS (2012), o suicídio é um problema social e de saúde pública. É evitável, pois há ferramentas e intervenções eficazes em saúde e apoiada por recursos políticos para a sua prevenção, no entanto necessita de investimentos e atenção aos profissionais que atendem. Os fatores de risco incluem doença mental e física, abuso de álcool e drogas, doença crônica, tensão emocional aguda, violência, mudança súbita e importante na vida, muitas vezes sendo uma combinação de muitos dessas situações, como é o caso de Carolina. Por isso a ação terapêutica requer acompanhamento proximal pelo serviço de saúde, de forma a oferecer subsídios psicossociais como atendimentos interdisciplinares, fortalecimento de suas potencialidades, promovendo socialização e contribuindo para planejamento de rotina e de vida.

Podemos considerar que as mulheres dessa pesquisa apresentam um conjunto diversificado de necessidades psicossociais complexas, incluindo transtornos psiquiátricos e psíquicos, vivências traumáticas e problemas interpessoais. Cada uma possui características singulares, o que possibilita evitar transformar as mulheres participantes como grupo de identidade única e homogênea.

Em relação aos aspectos psicossociais foi possível identificar a melancolia e tristeza, em suas diferentes manifestações, como a ideação suicida em Carolina e os sentimentos com a viuvez em Nísia, ou características que descrevem sintomatologias da ordem do pensamento, afeto e humor, como depressão em Maria Bonita ou bipolaridade em Clara. Cada manifestação afetiva foi reflexo do momento da vida em que se encontravam, com as interferências das suas experiências passadas, constituindo um processo transitório e dinâmico de suas vidas.

Foram relevantes também as considerações trazidas por Pagu e Dandara sobre a reflexão do contexto de vida em que estão passando. Em Pagu por achar que vive uma vida que não é a dela, mas a que a mãe quis para a filha, em conflito sobre o seu lugar de protagonista nessa história, e em Dandara sobre a percepção de não estar chegando a lugar nenhum, embora todos as lutas investidas na sua trajetória.

As narrativas das mulheres produzem significados que demonstram como elas organizam suas experiências no convívio com outros e consigo próprias, e como essas relações geram significantes no vivido, revelando suas identidades, modos de vida, (des)esperanças, medos, arrependimentos, dores, (in)seguranças, culpas, vontades, enfim, mecanismos de (des)cuidado de si.

As relações e desigualdades de gênero ficaram bastante evidentes em suas histórias de vida, e marcaram os seus *estar no mundo*, com distintos significados para cada uma, como em todos os casos de violência, na dependência financeira (como em Clara, Pagu, Lélia, Maria Quitéria, Carolina, Maria Bonita), nos seus múltiplos papéis e jornadas, como a responsabilidade pelos cuidados de pessoas doentes (papel normalmente designado para a filha mulher - como em Nísia e Dandara), o trabalho e filhos, ou a necessidade de atender aos padrões de beleza socialmente impostos (ora muito magra, ora obesa), as diferenças de ascensão na vida para as mulheres (*luta, luta, luta, mas não caminhou nada*), a perda do direito a maternidade pela estigmatização do uso de SPA. As construções sociais e históricas de gênero refletem as ações cotidianas dessas mulheres, e para algumas delas, consciente ou não, a forma de enfrentamento se dá pela via do consumo de substância.

Neste sentido, podemos considerar que as necessidades de saúde perpassam por singularidades culturais, econômicas, relacionais e sociais, e identificar essas particularidades pode potencializar as estratégias para os projetos de mudanças e ressignificações de suas histórias de vida.

Conhecer as concepções dessas mulheres acerca do uso de álcool e outras drogas, a partir de suas experiências de vida, pode permitir a reformulação da política de saúde mental na atenção às usuárias e transformar o campo social da dependência química, da diferença e da divergência para o campo da autonomia, em que elas sejam protagonistas no seu direito de decidir, transformando o imaginário social de vulnerabilizadas, para o exercício da cidadania e participação social.

São essas as expectativas colocadas por muitas delas quando apresentam as buscas para as transformações de suas condições de vida em um processo de tomada de consciência de si e de fortalecimentos dos vínculos relacionais com pessoas que inspiram afeto e desejos de compartilhamento de projetos de vida.

NECESSIDADES DE SAÚDE
Transtornos psiquiátricos e psíquicos
Vivências traumáticas
Problemas interpessoais

4.3.4 Categoria Temática 4: Mecanismos para o fortalecimento da autonomia

Esta categoria indica o que as mulheres apresentaram como perspectivas para o cuidado de si e fortalecimento da autonomia, diante dos fenômenos psicossociais e carecimentos apresentados, que envolve a forma como buscarão se relacionar com as pessoas do momento presente e em direção ao futuro e os projetos de vida. Aponta o suporte familiar como fator estruturante para suas vidas, mas o grande alicerce defendido por muitas delas para o seu cuidado em saúde e de vida é o processo de tomada de consciência de si, no que se refere a expectativas de vida e organização dos laços relacionais.

4.3.3.1 Subcategoria

a) Consciência de si

As histórias contem a vivência pessoal das mulheres entrevistadas, relativos a fatos e acontecimentos que foram significativos e constitutivos do contexto de suas vidas, com representações sobre os pensamentos, idéias, concepções sobre o ser mulher e os papéis atribuídos, bem como as expectativas que possuem em relação ao futuro. Todo o narrar foi envolvido por sentimentos diversos e por processos reflexivos que trouxeram para a busca da tomada de consciência de si, de se tornarem agentes de suas vidas e de transformar realidades em sua volta.

Cada uma delas possui características peculiares de história com familiares, na sua maneira de se relacionar com os outros, na vivência em suas comunidades, demonstrando as identidades sociais com distintos papéis desempenhados, seja professora, dona de casa, casada, estudante, entre muitos outros. O que possuem de comum é o tratamento no CAPS AD.

Segundo Lane (1994) quando questionamos as nossas condições históricas de vida identificando como os papéis e identidades se constituem nas nossas relações sociais, explicando porque agimos de determinada forma, estamos desenvolvendo a consciência de nós mesmos. Ou seja, compreender como os nossos papéis foram sendo definidos na nossa sociedade, e buscar formas de transformar as relações de dominação a qual estamos submetidos, é um meio para o nosso processo de consciência de si, e nos tornarmos agentes das nossas mudanças.

Nesta perspectiva, identificar as relações de gênero e a condição de mulheres em uso problemático de álcool e outras drogas, por meio de suas histórias de vida, trouxe algumas constatações a respeito de como buscam transformar as relações históricas desiguais e submissas, em tomada de decisões para a responsabilidade pelo cuidado de si, por meio de mudanças nos vínculos relacionais e sociais.

Em Clara é possível verificar o seu questionamento de posição de inferioridade na relação com os outros, buscando maior confiança em suas decisões e escolhas. Em Maria Quitéria o processo de confiança em si parece estar germinando, com menos negação dos problemas e maior reconhecimento sobre suas capacidades. Para Pagu, fazer o que acredita e ser independente (financeira, relacional) é uma das premissas. Já Nísia identificou que não precisa vincular-se em relacionamentos afetivos para viver. Todos esses pontos podem transparecer o quanto as mulheres lutam para transpor as barreiras dos papéis históricos atribuídos a si, de mulheres fragilizadas, dependentes dos outros, incapazes de cuidados de si e do outro (dos filhos, por exemplo), em busca de maior tomada de consciência de si.

(...) eu acho assim, eu tenho que, no que depende de mim eu preciso ser mais firme com as minhas decisões, agora, eu precisava desenvolver essa autoestima que eu não desenvolvi a vida toda, nos 34 anos, eu precisava desenvolver, essa... esse... eliminar essa inferioridade que eu tenho que eu sinto com as outras pessoas, ninguém é melhor do que ninguém, ninguém é mais do que ninguém, mas parece que eu tô sempre numa posição abaixo dos outros, entendeu? [Clara]

Eu não vou mentir, quando eu comecei aqui o tratamento eu não acreditava, eu vinha mais para poder meio que passar um pano pro conselho tutelar não tirar meus filhos, mas aí conforme eu comecei a frequentar o CAPS, eu comecei a ver tipo assim, um dia após o outro, eu venho, fico limpa hoje, aí amanhã eu consigo me manter limpa, foi passando os dias, eu fui me mantendo limpa, aí eu comecei a acreditar que eu sou capaz, entendeu? [Maria Quitéria]

Buscando meu caminho, tô tentando andar com as minhas próprias pernas, me sinto, sei lá, muito mais poderosa, mais feliz, mais leve, mais livre, faço o que eu quero, entendeu? [Pagu]

(...) eu acho que é isso que vai me dar essa sensação de fato de falar “agora eu sou dona do meu nariz mesmo e não dependo de absolutamente ninguém (...)[Pagu]

Não vou me sentir culpada não. Vou cuidar de mim. Por que cuidar de mim ninguém quis, sabe? [Pagu]

Mas ah, eu me, não é que eu me basto, mas eu acho que não tem necessidade de ter envolvimento emocional com homem pra poder ser feliz [Nísia]

(...) e eu hoje, eu tô vendo assim, depois até namorei mais tudo, e eu comecei a perceber, depois que eu vim aqui, que eu não tenho mais necessidade de envolvimento com ninguém para me preencher. Eu tenho um envolvimento muito bom com a minha família, eu tenho um envolvimento bom com os meus filhos, com meu irmão, com meus irmãos, eu tenho os meus amigos e eu gosto do muito de mim mesma, eu gosto de ficar comigo mesma, então assim (...)
[Nísia]

Podemos considerar aqui o que as mulheres apresentam como perspectivas para as mudanças em suas vidas, e no campo da saúde, transcorrer para o que Ayres (2009a) discorre sobre o projeto de felicidade em sua análise sobre o cuidado. O autor evidencia a felicidade como um horizonte que norteia o que as pessoas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde, ladeada pelo sentido da existência. Trata-se de projetos de vida. Sendo assim, o sentido do cuidado nessas mulheres significa serem capazes de emancipar a si próprias, possibilitando a construção de sua autonomia e encontrando na superação das desigualdades e estigmas o processo de ressignificação de suas vivências.

Conforme Ayres (2009b), se o paciente não for o detentor do seu saber, atuando como sujeito, se não interage subjetivamente, não há produção de saúde. Aqui, podemos considerar que a tomada de consciência sobre si e a relação do uso problemático de álcool e outras drogas permeadas por episódios de violência, luto, perda do direito a maternidade, e o movimento de questionar essas fragilidades, potencializando as suas vontades por mudanças, pode contribuir para a constituição de saúdesubjetividade, que é a análise paradigmática dos processos de saúde e subjetividade envolvidos no campo psíquico, em conjunto com aspectos físicos e sociais (COSTA-ROSA,2013).

Para Campos e Campos (2006) o sujeito é co-responsável por sua constituição e pela do mundo que o cerca, logo, é dele a responsabilidade pela reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo, e a partir daí, produzir transformação. As narrativas apresentam subsídios que comprovam o quanto as mulheres têm necessidades de serem sujeitos de suas vidas.

Neste sentido, conforme Rash *et al* (2015) o projeto terapêutico no cuidado em saúde mental focado nas necessidades femininas, deve representar um projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e direcionar as mulheres em um reposicionamento de suas histórias de vida e de sofrimento psíquico, com a premissa de ressignificar as vivências com a substância psicoativa, reverberando e fazendo redes com outros setores da vida na direção da reinserção e reabilitação social.

A busca de mudanças em suas vidas por meio do trabalho e estudo também foi um ponto bastante defendido pelas mulheres, que planejam para si maior autonomia para as

tomadas de decisões e escolhas, bem como para as atividades de vida diária. Isso também significa refletir sobre a saída do campo privado (casa e cuidado dos filhos) para o público (trabalho), por maior independência financeira e inserção em atividades produtivas.

Para Lélia o trabalho é um dos seus maiores objetivos. Pelo histórico de violência com o pai, saiu de casa cedo e sempre morou às custas de ajuda dos outros, junto com a sua filha. Depois que a criança foi morar com a avó paterna, Lélia vive em um quarto alugado, com toda a despesa provida pelo namorado, e isso é motivo de incomodo pra ela, pois pretende manter-se sozinha. Outra vontade apresentada é de voltar a estudar, como possibilidade de reinserção social e produtiva.

Planejando de eu arrumar um emprego, poder arrumar uma casa ou alugar uma casa, né? E viver minha vida normal, trabalhando, né? Poder fazer algum curso, alguma coisa, né? E nunca mais bebida! [Lélia]

Eu falei “eu tenho vontade de estudar”. Até deixei meu nome lá no Sta. Felícia, no Atília, para ver se eu acho vaga, né? [Lélia]

Maria Bonita, que casou ainda adolescente e teve quatro filhos, incomodada por ocupar tanto do seu cotidiano com o uso de álcool, ficando muitas vezes distante dos filhos e da família, vislumbra no trabalho e no estudo uma possibilidade de replanejamento da rotina e de compensação na atenção aos filhos. Já Clara exerce há 12 anos a profissão de professora, mas tem buscado mudanças de perspectivas, de forma a obter outras vivências de trabalho. Pagu dedicou-se à maternidade e aos estudos universitários, com duas graduações e atualmente está cursando o doutorado, mas refere que a carreira acadêmica é incerta, por isso está se dedicando a aprender a profissão de conserto de eletrodoméstico do atual companheiro, como outra forma de obter sustento, inclusive se um dia vir a ficar solteira novamente, pois refere que não pretende mais depender da contribuição financeira da mãe. Para Carolina, que está em um momento de vida de desesperança e melancolia, a possibilidade de trabalho vem como pulsão de vida, de autonomia, de ser dona de sua vida.

Fui atrás de emprego, entregando currículo, eu quero mudar, eu quero preencher minha vida assim, sabe? Trabalhar, quem sabe um dia voltar a estudar, preencher, assim pra mim também dar o melhor pros meus filhos. [Maria Bonita]

Eu tenho pretensão de fazer um curso, que seja à distância por conta do trabalho, na área pra mexer com terra, para mexer com criação de animais e tudo mais e viver disso, entendeu? Eu já falei eu quero fazer, eu preciso fazer alguma coisa na área de música pra

mim que é uma coisa necessária a gente ter um lazer, eu gosto muito de dançar, eu gosto muito de cantar, eu tenho essa facilidade, eu acho que eu tinha que ir atrás disso. [Clara]

Então o que eu tô fazendo no momento, é, aprendendo uma profissão porque honestamente, mestrado e doutorado, num vai me arrumar um bom emprego, não é assim não, é muito, depende de aparecer um concurso, de você ter um mínimo contato com o lugar, sabe? [Pagu]

(...) se um dia eu me separar de novo e não tiver o que fazer eu consigo, abrir uma empresa, tocar minha empresa, trabalhar com alguém ou contratar um funcionário e eu sei o quê eu tô fazendo, entendeu? [Pagu]

Eu quero meu emprego, é, pagar meu aluguel, ser dona de mim mesmo, sem precisar de filhos, sem precisar, sabe? E ser feliz. [Maria Bonita]

Primeiro lugar eu quero arrumar um emprego, trabalhar e seguir minha vida, entendeu? [Carolina]

Por outro lado, Dandara, que já possui vínculo empregatício, atuando há dezenove anos no mesmo lugar, coloca o sentimento de satisfação e pertencimento com o trabalho, fazendo alusão de ser melhor do que a sua casa.

Adoro meu trabalho. Tanto que eu tô lá há um tempão, me sinto em casa, aliás, me sinto melhor do que em casa, eu gosto mais de lá do que da minha casa [Dandara]

Neste sentido, podemos considerar que as mulheres apresentaram como necessidade de saúde o quanto o processo de maior consciência de si e a inserção em atividades produtivas são estratégias para o cuidado, resgatando e valorizando suas potencialidades, como forma de fortalecimento e manterem vivos os seus propósitos em relação aos planos de vida, principalmente na busca pela superação do uso de substâncias psicoativas, como premissa para o cuidado em saúde, apresentado por muitas delas.

Compreende-se, em conjunto com outras necessidades, que a produção de saúde dessas mulheres faz-se pela geração e oportunidades de inclusão em atos produtivos, com a finalidade sim de obtenção de renda, mas mais ainda, de participação social, cidadania, superação de estigmas, como um ressignificar do seu existir como submissa, dependente (financeira, afetiva, química) e de interdição de desejos, passando a ser detentora de suas vontades e capacidades.

Por fim, iremos transcorrer sobre a necessidade de fortalecimento dos vínculos com os familiares como demanda apresentada pelas mulheres.

NECESSIDADES DE SAÚDE

Consciência de si

Inserção em atividades produtivas

b) Fortalecimentos dos Vínculos Relacionais

Há um paradoxo nas relações familiares apresentado por algumas mulheres deste estudo. Ao mesmo tempo que narram a família como estressora e denotam distancia afetiva, inclusive com relatos de sentimentos de rejeição como gravidez indesejada, as mesmas mulheres colocam que o resgate do convívio familiar e a importância do apoio deles em suas vidas se faz importante para o cuidado de si e no tratamento para o uso de álcool e outras drogas.

Isso confirma os resultados de outros estudos que evidenciaram a ação do alcoolismo sobre os laços afetivos familiares, como a dificuldade de aproximação e confiança e de compartilhamento de experiências entre a pessoa alcoolista e os demais membros de sua família e, também, os sentimentos ambivalentes que, muitas vezes, geram comportamentos agressivos no contexto doméstico (Koch *et al* 2011), como é o caso de Maria Quitéria.

Outro estudo demonstra que a dependência de álcool tem impacto em diversos aspectos da vida do indivíduo e de seus familiares. A família adoce junto com o alcoolista, principalmente em decorrência da relação familiar e de papéis dos membros familiares que não agem conforme as expectativas da família. O fato de um dos familiares beber pode provocar separações, desentendimentos, violência, etc. Comumente, os filhos veem os pais sendo criticados por parentes, vizinhos e amigos (FERRABOLI *et al* 2015).

Tanto em nossa pesquisa quanto de Carbonera *et al* (2013), o resgate familiar surge como categoria devido às referências das participantes em relação à vontade de reatar os laços familiares, com os pais e com os filhos. Este desejo de resgatar a família se torna evidente em muitas afirmações das participantes, com o desejo de recuperar o que fora perdido por escolhas equivocadas com o uso de SPA.

Em Frida, mesmo com a iniciação do uso de SPA incentivado pela mãe (álcool e tabaco) e pela demonstração de ter ficado afetada com o sentimento pela gravidez indesejada na gestação dela, com vínculos frágeis entre as duas, refere que para o seu tratamento obter mais êxito, necessita do apoio da família e maior convivência com os pais, o que para ela acarretaria fator motivacional para cuidado de si.

Apoio...(pensativa) familiar e força de vontade. Só ! [Frida]

(...) que aí eu poder ter a convivência junto com a minha mãe, que nem eu tinha antes. Com meu pai. Assim que eu quero (...) [Frida]

Para Maria Quitéria, os sentimentos em relação à mãe foram de rejeição e distanciamento nos momentos difíceis da vida como a notícia da primeira gravidez, a iniciação no uso de SPA, ou o falecimento do irmão. Porém, em tratamento no CAPS AD, reflete que a aproximação e o apoio da sua mãe tem sido importantes aliados para o seu fortalecimento e continuidade do tratamento.

O que eu acho que eu preciso, eu acho que eu tô tendo que é o apoio de vocês aqui – [referindo à equipe do CAPS AD] Hoje em dia depois de muita luta....eu consegui o apoio da minha mãe...a minha mãe, a gente se aproximou muito, eu e minha mãe, entendeu? [Maria Quitéria]

Para Maria Bonita, que iniciou o tratamento por indicação do conselho tutelar, após a guarda dos filhos ficarem com a avó materna, há uma grande expectativa do retorno da convivência dos filhos. Refere ainda que com toda a situação ocorrida, de abuso de álcool, conflitos com o marido, perda dos filhos, culminou com a ida no CAPS AD, e provocou mudanças em relação à aproximação com o marido, com a retomada da convivência conjugal.

E assim, o que eu quero mais é ter minha família de volta e viver feliz, essa é minha meta. Ser feliz, que eu não era feliz. [Maria Bonita]

Em Dandara, o vínculo relacional parece estar direcionado para a busca pelo casamento, na constituição de uma família. Esse depoimento foi permeado por bastante afeto no desenrolar da sua fala, com emoção, quando diz que espera para a sua vida ter um marido e a sua casa. Inclusive planejou, com o recebimento do abono salarial, o investimento com a estética, no cuidado da aparência, com o cabelo, como forma de valorizar a sua beleza.

Na minha casa, com meu marido, com meus filhos, formar uma família, aquilo que eu vejo todo mundo ter, um lar. O seu lar, o seu cantinho [Dandara]

Agora vai sair o abono, pensa numa Nega, cabelo liso, perfume de marca, roupa nova, pensa numa Nega? Vou ressuscitar [Dandara]

Neste sentido, conforme comentamos anteriormente, a família pode remeter a um ponto de tensão para essas mulheres, uma vez que os vínculos são frágeis e/ou conflituosos, como em Carolina com o filho e os irmãos, em Clara e Pagu com as mães controladoras, em Frida com a mãe distante afetivamente, em Maria Bonita com a mãe que está com a guarda de seus filhos, ou em Maria Quitéria que tem buscado resgatar o apoio da genitora. Para Lélia, a referência de mãe é a avó paterna, pois a mãe a abandonou quando era criança, e a relação com o pai se distanciou com a violência sexual. Ainda assim, algumas delas apontam que gostariam de viver essa relação de uma forma diferente, com maior proximidade e convivência.

Um dos eixos de cuidado preconizado pelo ministério da saúde no cuidado em saúde mental é o atendimento dos familiares, seja em orientação individual ou em grupo, no âmbito do território e da comunidade, com vistas a integração social e fortalecimento da autonomia do paciente, portanto essa prática já é prevista, apenas reforçamos para que a ação seja particularizada e realizada de acordo com as demandas e anuência do paciente.

Por essas características, podemos considerar que outra necessidade de saúde apresentada pelas mulheres é a perspectiva dos afetos e vivências relacionais com os familiares como ação importante de ser dimensionada no cuidado para si, seja para ressignificar e fortalecer possíveis convivências, seja para obter subsídios sobre quem pode ser fatores protetivos ou de risco e conflito. Faz-se pertinente que o profissional de saúde problematize com as mulheres sobre essas vivências, no sentido de particularizar as ações a serem desenvolvidas no projeto terapêutico, respeitando as suas vontades e interesses, sem impor aproximações indesejadas ou que ofereça risco.

NECESSIDADES DE SAÚDE
Fortalecer os afetos e vivências relacionais com os familiares

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta dessa pesquisa foi compreender as necessidades de saúde de mulheres atendidas em um CAPS AD do interior do Estado de São Paulo, caracterizar as suas concepções acerca do uso de álcool e drogas e as repercussões para a saúde. O referencial teórico-conceitual articulou a compreensão de gênero e os movimentos feministas que integram a história de luta por direitos, com o entrelaçamento sobre necessidades de saúde, finalizando com as concepções sobre a atenção psicossocial.

A metodologia utilizada foi a história oral de vida, por meio da realização de entrevista aberta com a apreensão de narrativas para análise de experiências e processos de vida relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A interpretação dos dados foi a análise de conteúdo temática, em que foi possível apreender quatro categorias temáticas de análise: 01) Fenômenos Psicossociais; 02) Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe); 03) Repercussões para a saúde e 04) Mecanismos para o fortalecimento da autonomia.

Em relação aos Fenômenos Psicossociais, obtivemos duas subcategorias de análise, sendo uma a *Dimensão afetivo-relacional*, em que os pontos identificados como necessidade de saúde foram o fortalecimento dos vínculos familiares e afetivos como possibilidades de proteção para o cuidado de si, de se considerar o processo de vivência do luto como ação coordenada no cuidado em saúde, bem como ofertar espaços de socialização e acolhida para a ampliação do repertório de amizades, e por fim, colocar em discussão os aspectos relacionados ao trabalho, como mecanismo de autonomia e independência.

A outra subcategoria refere-se a *Violência de gênero*, sendo um fenômeno a ser cuidado na dimensão das necessidades sociais – sentidas e não-sentidas - de saúde das mulheres, de maneira a incidir na compreensão de necessidades ampliadas, colaborando para o cuidado apropriado para a dependente química, levando em conta os traumas vividos ao longo da vida, às questões afetivas e às especificidades históricas das desigualdades de gênero, de forma a particularizar as ações específicas para este público.

Sobre o Fenômeno da vivência da maternidade (ser-filha e ser-mãe), tivemos como subcategoria de análise *A maternidade – sobre os direitos sexuais e reprodutivos* reconhecendo que a maternidade é uma necessidade de saúde a ser dimensionada no cuidado para mulheres em situação de uso de álcool e outras drogas, exigindo cuidados específicos e ampliados. Sendo mãe e sendo filha, por sua relação com a dimensão histórica e social atribuída aos direitos sexuais e reprodutivos, pelos estigmas vivenciados coletivamente,

revelando os problemas ao direito negado de ser mãe e as repercussões em suas vidas, ou pelo não desejo e planejamento pela vida que gestou, foram os aspectos analisados, representando o significado subjetivo envolvido em cada história de vida relatada.

Em relação às Repercussões para a Saúde, na subcategoria *Aspectos Físicos* foram identificadas que as necessidades de saúde relacionam-se a transtornos alimentares, doenças hepáticas, quedas com fraturas, dificuldade de atenção e memória, e efeitos da ressaca. Em relação à subcategoria *Aspectos Psicossociais* foi possível identificar a melancolia, tristeza e solidão em suas diferentes manifestações, como a ideação suicida, depressão, transtorno bipolar, com características que descrevem funções psíquicas elementares da ordem do pensamento, afetividade e humor. Cada manifestação afetiva foi reflexo do momento da vida em que as mulheres se encontravam, com as interferências das suas experiências passadas, constituindo um processo transitório e dinâmico de suas vidas.

Importante colocar que as repercussões para a saúde, principalmente as físicas, foram bastante singulares para cada uma delas, assim, representam as especificidades deste grupo de mulheres.

Por último, como Mecanismos para o Fortalecimento da Autonomia, na subcategoria *Cuidado de Si* podemos considerar que a necessidade de saúde apresentada pelas mulheres é quanto o processo de maior consciência de si e a inserção em atividades produtivas são estratégias para o cuidado, resgatando e valorizando suas potencialidades, como forma de fortalecimento e manterem vivos os seus propósitos em relação aos planos de vida, principalmente na busca pela superação do uso de substâncias psicoativas.

Na subcategoria *Fortalecimento dos Vínculos Relacionais* a perspectiva dos afetos com os familiares é uma ação importante de ser problematizada, seja para ressignificar e fortalecer possíveis convivências, seja para obter subsídios sobre quem pode ser protetivo ou quem oferece risco e conflito.

Nessa pesquisa, o centro da discussão foi o gênero, mas asseguramos o seu limite por sua análise não ter sido vinculada com a interseccionalidade de raça/etnia e classe social. Ambas são identidades sociais que representam o sujeito na sociedade, e colocam as próprias mulheres em relação de desigualdade. Conseguimos ancorar diferentes perfis de participantes, mas as desigualdades entre elas mesmas se fazem presente, por exemplo, em relação à escolaridade, com ensino superior apenas em mulheres brancas, ou todas as que estavam desempregadas terem estudado no máximo até o ensino fundamental. Há estudante de doutorado, aposentada, dona de casa, mulher negra que trabalha e cuida sozinha de pessoas

doente na família. Essas dimensões também são pontos de análise na escuta clínica e na identificação de suas necessidades de saúde.

Faz-se pertinente que o profissional de saúde problematize com as mulheres sobre essas vivências, no sentido de particularizar as ações a serem desenvolvidas no projeto terapêutico, respeitando as suas vontades e interesses, estimulando o protagonismo em seus processos de cuidado e oferecendo subsídios para as transformações de suas histórias.

Em relação às concepções dessas mulheres acerca do uso de álcool e outras drogas, e a dimensão de gênero permeada nesse contexto, podemos identificar em seus discursos que as desigualdades de gênero ficaram bastante evidentes em suas histórias de vida, e marcaram suas formas de *estar no mundo*, com distintos significados para cada uma. Isso pode ser evidenciado nos casos de violência, na dependência financeira, nos seus múltiplos papéis e jornadas com o trabalho e filhos, ou na necessidade de atender aos padrões de beleza socialmente impostos, as diferenças de oportunidades de trabalho e renda, a perda do direito a maternidade pela estigmatização do uso de SPA e nos vínculos familiares fragilizados (em muitos casos exatamente pelo fato de ser mulher e dependente química). As construções sociais e históricas de gênero refletem as ações cotidianas dessas mulheres, e para algumas delas, consciente ou não, a forma de enfrentamento se dá pela via do consumo de substância.

O esquema a seguir ilustra os núcleos de sentido que podem contribuir para a organização do cuidado em saúde das mulheres, fazendo a intersecção entre gênero e substância psicoativa. São estratégias que podem ser utilizadas na gestão do trabalho e do cuidado do CAPS AD.



Diante da falta de ações heterogêneas que especifiquem o cuidado em álcool e outras drogas para as mulheres, das barreiras encontradas pelas mesmas para a busca e permanência

no tratamento e pelas vulnerabilidades em que se encontram pelo uso de substâncias, podemos indicar que uma das possibilidades de enfrentamento a essas desigualdades seria a organização e transformação de vida através do diálogo e do respeito sobre as variadas formas de ser mulher, conforme a proposta do feminismo dialógico.

O feminismo dialógico, com a concepção sobre “as outras mulheres” é entendido como uma ação coordenada pelas mulheres para superar as situações de desigualdade, organizando-se pautadas pela igualdade de diferenças, a partir do reconhecimento da diversidade de cada mulher, de forma que a diferença entre elas seja respeitada e que juntas, na diversidade, se alcance a igualdade (Bellini, 2018). O que significa incluir as mulheres do CAPS AD como protagonistas de movimentos delas mesmas para elas mesmas, de forma a superar um modelo de tratamento hegemônico pautado em sua maioria para o público masculino, e de inserir as necessidades de saúde femininas no processo de cuidado em saúde na clínica de álcool e outras drogas. Isso pode ser organizado por meio de grupos de mulheres, ou de ações e oficinas educativas no próprio CAPS AD, ou em espaços de tomadas de decisões como fórum de saúde mental, conselhos gestores e de direitos, assembleias de usuários e familiares, etc.

A problematização sobre a dimensão do cuidado em álcool e outras drogas para as mulheres do CAPS AD, identificando suas necessidades de saúde, condiz ainda com a perspectiva da atenção psicossocial, configurando-se como a clínica do olhar que vai além do sintoma, por meio da escuta e do encontro capaz de produzir sentido, contribuindo para que o sujeito do sofrimento posicione-se como protagonista do seu cuidado em saúde, envolvido ética e tecnicamente na saúde psíquica e subjetiva, na retomada da possibilidade do sujeito “cuidar-se”. Esse deciframento se dá nas relações intersubjetivas envolvidas no processo de trabalho, em uma perspectiva de relações horizontalizadas e transversais.

Assim, com essa pesquisa, indicamos que gênero e os feminismos sejam dimensões organizadoras da política de saúde mental das mulheres no âmbito do SUS, reconhecendo as desigualdades vividas por elas, e fomentando possibilidades de superação de relações de poder opressoras.

Em interlocução com a gestão da clínica, busca-se a superação das formas hegemônicas de cuidado em saúde, oferecendo a melhoria da escuta qualificada e a responsabilização dos profissionais no atendimento às mulheres, de forma a valorizar suas singularidades, condições sociais e culturais, em direção ao reconhecimento dos seus projetos de felicidade, como citado por Maria Bonita, *ser feliz!*



Sabemos o quanto a discussão sobre gênero é histórica e estrutural, que as possibilidades de enfrentamento envolvem complexos mecanismos políticos, ideológicos, sociais e culturais, e que ainda precisamos de *luta, luta, luta e luta* (como Dandara) pra chegar em *algum* lugar. Por isso, o sonho continua. O assunto não se esgota. Ainda há muito a ser pesquisado, e na prática, impera-se o trabalho criativo no processo de *ouvidora de vozes* de (nós) mulheres.

6 – REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Rumo ao fim dos manicômios**. 2006. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/1370>. Acesso em 26 de março de 2018
- AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. 2009. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998> Acesso em 26 de março de 2018
- AYRES, José Ricardo De Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Revista Ciencia & Saúde Coletiva, 2001.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: Trabalho e interação nas práticas em saúde. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2009a.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: Trabalho e interação nas práticas em saúde. **Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde**. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2009b.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: O Mito do Amor Materno**. 1985. Disponível em [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf) Acesso em 19 de março de 2018
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. CARVALHO, Fábio Bruno de. FERIGATO, Sabrina Helena. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental**. O Mundo da Saúde. São Paulo: 2009.
- BELLINI, Daniela Mara Gouvea. **Violência contra mulheres nas Universidades: contribuições da produção científica para sua superação (SciELO e Web of Science 2016 e 2017)**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação. 2018. Disponível em <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9942>
- BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas**. 2015. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7196/1/000467579-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em 31 de janeiro de 2016.
- BORDIN, Selma *et al.* **Dependência química da mulher**. In. FIGLIE, Neliana Buzi. BORDIN, Selma. LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselho em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em 26 de março de 2018

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. Disponível em <https://obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/rdb-2009-pt.pdf>. Acesso em 18 de dezembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 13 de fevereiro de 2016.

BRASILIANO, Sílvia. **Comorbidade entre dependência de uso de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências. São Paulo: 2005.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero. Feminismo e Subversão da Identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016

CAIXETA, Flávia de Castro *et al.* **Vulnerabilidade de mulheres em uso e abuso de substâncias psicoativas**. Apresentado em 4º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa. Aracaju, 2015. Disponível em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/35/33>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. Tese apresentada ao Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. MISHIMA, Silvana Martins. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/29.pdf> Acesso em 26 de março de 2018

CAMPOS, Rosana Onocko. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Co-construção de autonomia: um sujeito em questão**. In. Tratado de Saúde Coletiva. Orgs: Campos, GWS. Minayo, MCS. Akerman, M. Drumond Jr, M. Carvalho, YM. Hucitec, 2006.

CARBONERA, Alexandre *et al.* **Dando Voz a Mulheres em Tratamento da Dependência de Substâncias Psicoativas – Resgate Familiar**. 2013. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/288339703_Dando_Voz_a_Mulheres_em_Tratamento_da_Dependencia_de_Substancias_Psicoativas Acesso em 15 de abril de 2018

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS,

R.A. Ossentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2001, p.113-126.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. MATSUMOTO, Norma Fumie. **Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde.** In: PINHEIRO R; FERLA A F; MATTOS R A (orgs.). *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.* Rio Grande do Sul: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. Disponível em: http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/GEST%C3%83O-EM- REDES_RS.pdf. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. **O beber feminino a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres.** Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz – como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2005.

CHERFEM, Carolina Orquiza *et al.* **Grupo de Mulheres: Ações educativas, preventivas e de reflexões pela igualdade de gênero.** São Carlos: 2009. Disponível em http://www.ceeja.ufscar.br/artigo_grupo_mulheres Acesso em 07 de novembro de 2017.

CHERFEM, Carolina Orquiza *et al.* **Feminismo dialógico: diálogo possível entre diferentes identidades para a superação de desigualdade de gênero.** In: *Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos.* Florianópolis: 2010. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278029520_ARQUIVO_CHERFEM_artigo_modelo.pdf Acesso em 07 de novembro de 2017.

CICCILINI, Mariane Fabiani. **O trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no atendimento às mulheres.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre em Ciência da Saúde. São Carlos. 2015.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa Qualitativa em ciências humana e sociais.** Editora Vozes. Petrópolis, 2011.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias.** Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Area: Psicologia - Ribeirão Preto. 2009

COSTA, Ana Alice Alcantara. **O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política.** 2005. Disponível em <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-115122costa.pdf> Acesso em 12 de março de 2018

COSTA-ROSA, Abílio et al. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva.** In AMARANTE, Paulo. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Nau Editora, 2003.

COSTA-ROSA. Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.**

2013. Disponível em <http://editoraunesp.com.br/catalogo/9788539304813.atencao-psicossocial-alem-da-reforma-psiquiatrica> Acesso em 26 de maio de 2018

CRUZ, Marcelo Santos. **O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial.** 2016. Disponível em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094432-001.pdf> Acesso em 06 de abril de 2018

DAGNONI, Janine Marinho. GARCIA, Agnaldo. **Dependência química, amizade e desenvolvimento humano.** 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a03.pdf> Acesso em 26 de fevereiro de 2018

DOESCHER, Andréa Marques Leão. LEÃO, Andreza Marques De Castro. RIBEIRO, Paulo Rennes Marcal. **A dependência química como resultado da violência sexual sofrida na infância e adolescência: análise de histórias de vida.** 2014. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/141725/ISSN2357-7819-2014-8308-8320.pdf?sequence=1> Acesso em 16 de março de 2018

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e Uso de Serviços em Atenção Primária.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Medicina. São Paulo, 2000.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** Editora Centauro, São Paulo, 2006.

FEIJÓ, Marianne Ramos *et al.* **Álcool e Violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais.** 2016. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31556> Acesso em 19 de março de 2018

ESPER, Larissa Horta *et al.* **Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool : características sociodemográficas e clínicas.** 2013. Disponível em

FERRABOLI, Cynthia Raquel *et al.* **Alcoolismo e dinâmica familiar: sentimentos manifestos.** 2015. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27245> Acesso em 26 de março de 2018

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências – São Paulo. 2008.

FILEV, Renato. **Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias.** In: Bokany, Vilma (org). **Drogas no Brasil entre saúde e justiça proximidades e opiniões.** Fundação Perseu Abramo – São Paulo – 2015. Disponível em <http://www.fpabramo.org.br/publicacoesfpa/wp-content/uploads/2015/05/DrogasNoBrasil.pdf> . Acesso em 01 de outubro de 2016

FONTES, Andrezza *et al.* **Redução de Danos – uma Abordagem Legítima para Lidar com o Consumo de Substâncias Psicoativas.** In. FIGLIE, Neliana Buzi *et al.* Aconselho em Dependência Química. São Paulo: Roca, 2010.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações. 2016. Disponível em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf> Acesso em 05 de março de 2018

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, Mary Luisa. FARINELLI, Clairna Andresa. **As consequências psicossociais da violência sexual.** 2016. Disponível em www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/.../18366 Acesso em 01 de maio de 2018

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Uma visão fenomenológica do luto. Um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano.** São Paulo: Livro Pleno, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro – 2014. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsodeCrack.pdf>. Acesso em 27 de setembro de 2016

GALDURÓZ, José Carlos *et al.* **Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001.** Revista Latino-am Enfermagem – 2005. Disponível em <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/2704>. Acesso em 08 de outubro de 2016

GOFFMAN, Erving. Estigma – **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 2004. Disponível em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf> Acesso em 13 de maio de 2018

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedrialli *et al.* **Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas.** 2009. Disponível em http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10477/art_GUIMARAES_Aspectos_familiares_de_meninas_adolescentes_dependentes_de_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em 26 de março de 2018

HEILBORN, Maria Luiza. **De que gênero estamos falando?** 1994. Disponível em http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/99_1042_dequegeneroestamosfalando.pdf Acesso em 12 de fevereiro de 2018

HINO, Paula. CIOSAK, Suely Itsuko. FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. EGRY, Emiko Yoshikawa. **Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 43. São Paulo, Dezembro/2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600003. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

KANTORSKI, Luciane Prado. **A Reforma Psiquiátrica – Um estudo parcial acerca da produção científica da temática.** 2001. Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/721> Acesso em 16 de maio de 2018

KOCH, Rosane Fátima *et al.* **As relações familiares de usuários de álcool: Uma Revisão Bibliográfica.** 2011. Disponível em <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1513> Acesso em 04 de maio de 2018

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social.** 2009. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/139985/mod_resource/content/1/O-que-%C3%A9-Psicologia-Social.pdfm Acesso em 04 de abril de 2018

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* **Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher.** 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822016000200003&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 14 de maio de 2018

MACHADO, Ana Regina. MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf> Acesso em 04 de junho de 2018

MEIHY, José Carlos Sebe B. e HOLANDA, Fabiola. **História Oral – Como fazer como pensar.** Editora Contexto, São Paulo: 2015.

MENDES-GONÇALVES. Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** In. AYRES, José Ricardo e SANTOS, Liliana (orgs). *Saúde, Sociedade & História.* São Paulo – Porto Alegre: Hucitec e Rede Unida, 2017.

MERHY, Emerson Elias. **O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: O desafio em reconhecê-lo como saber válido.** 2004. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf> Acesso em 04 de janeiro de 2018

MELO, Anastácia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2012. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920> Acesso em 13 de fevereiro de 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 2001.
MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* **Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas.** 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300018 Acesso em 07 de abril de 2018

NEGRÃO, André Brooking. CORDEIRO, Quirino. FILHO, Homero Pinto Vallada. **Genética da Dependência Química.** In. DIEHL, Alessandra. CORDEIRO, Daniel Cruz. LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OLIVEIRA, Daiane Santos. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do título de mestra, área de concentração em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde. Salvador, 2016.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. PAIVA, Mirian Santos. **Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a22>. Acesso em 02 de outubro de 2016.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de. **Violência de Gênero e Necessidades em Saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família.** Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Interunidades EEUSP-EERP, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. In Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Brasília – 2001. Disponível em <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Brasília – 2009. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=423&gid=1267&orderby=dmdate_published&ascdesc=DESC&limitstart=5. Acesso em 01 de outubro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Pública. Ação para a Prevenção de Suicídio – Uma Estrutura.** 2012. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf> Acesso em 11 de maio de 2018

PAZ, Fernanda Marques. COLOSSI, Patricia Manozzo. **Aspectos da dinâmica da família com dependência química.** 2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/261/26130639002/> Acesso em 24 de maio de 2018

PILLON, Sandra Cristina. LUIS, Margarita Antonia Villar. **Modelos Explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem.** 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400014&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 06 de abril de 2018

PISCITELLI, Adriana. **Re-criando a (categoria) mulher?** (2001) Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000114&pid=S0102-6992201400020000700016&lng=pt Acesso em 04 de junho de 2018

PUIGVERT, Lidia. **Igualdade de Diferenças**. In. BECK-GERBSHEIM, Elisabeth. BUTLER, Judith. PUIGVERT, Lidia. *Mujeres y Transformaciones Sociales*. Barcelona: El Roure, 2001.

RAMIRO, Fernanda de Souza. PADOVANI, Ricardo da Costa. TUCCI, Adriana Marcassa. **Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão**. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200379&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em 05 de dezembro de 2017

RASH, Scheila Silva *et al.* **Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III**. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a11.pdf> Acesso em 04 de maio de 2018

RIBEIRO, Hewdy Lobo *et al.* **Dependencia Química na Mulher e Violencia Doméstica**. 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Amaury_Cantilino/publication/319499304_Drug_dependence_in_women_and_domestic_violence/links/5a6f25eaa6fdcc317b195e79/Drug-dependence-in-women-and-domestic-violence.pdf?origin=publication_list Acesso em 17 de maio de 2018

REIS, Daniele Fernandes. **Idéias subversivas de gênero em Beauvoir e Butler**. 2013 Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/4880> Acesso em 04 de maio de 2018

RESENDE, Deborah Kopke. **Maternidade: uma construção histórica e social**. 2017. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15251> Acesso em 12 de maio de 2018

RODRIGUES, Gilda de Castro. **O dilema da maternidade**. 2008. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=9mLOtkIBD3cC&pg=PA12&lpg=PA12&dq=gilda+de+castro+rodrigues+o+dilema+da+maternidade&source=bl&ots=8do0MVhsLV&sig=N9iPOBWi427LJ1tMayH69XDBUwM&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjN7brT7u_aAhVLg5AKHWt0DsoQ6AEIQTAF#v=onepage&q=gilda%20de%20castro%20rodrigues%20o%20dilema%20da%20maternidade&f=false Acesso em 06 de abril de 2018

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres: notas sobre a “Economia Política do Sexo”** (2012) Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1919> Acesso em 14 de fevereiro de 2018

SAFFIOTI, Heleith. **Gênero, Patriarcado, Violencia**. São Paulo: Expressão Popular e Fundação Perseu Abramo – 2015.

SANTOS, Raquel Auxiliadora dos. **Promotoras Legais Populares: avançando na luta pela igualdade de gênero e na compreensão da Educação de Jovens e Adultos**. Dissertação

apresentada ao Programa de pós-graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do título de Mestre em Educação. São Carlos: 2014.

SANTOS, Juliana Garbayo dos. CRUZ, Marcelo Santos. **Alcoolismo após cirurgia bariátrica: relato de caso.** 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000400340&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 04 de maio de 2018

SARTI, Cynthia. **Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro.** Cadernos Pagu nº16. Campinas, 2001.

SCHILLING, Flávia. MIYASHIRO, Sandra Galdino. **Como incluir? O debate sobre o estigma e o preconceito na atualidade.** 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ep/v34n2/03.pdf> Acesso em 04 de maio de 2018

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Necessidades de saúde e atenção primária.** In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2ª edição. Sao Paulo, HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais.** 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf> Acesso em 04 de maio de 2018

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000400013&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 18 de abril de 2018

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios.** 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009 Acesso em 17 de abril de 2018

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Revista Educação e Realidade, 20 (2): 71 – 99 jul/dez. 1995. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667> Acesso em 15 de fevereiro de 2018

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. DOERING-SILVEIRA, Evelyn Borges. **Substâncias Psicoativas e seus Efeitos.** 2016. Disponível em <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/721> Acesso em 16 de abril de 2018

SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. DANTAS-BERGER, Sonia Maria. **Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero?** 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000103001&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 11 de maio de 2018

SOUZA, Airle Miranda de. **Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de Emergência aos que Vivenciam Perdas Significativas**. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a08.pdf> Acesso em 16 de maio de 2018

STOTZ, Eduardo Navarro. **Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**. In: ROCHA, C.M.F.; SANTOS, L.; BILIBIO, L.F.S.; CECCIM R.B.; FEUERWERKER, L.C.M.; PINTO, H.A. (Org.) Ver - SUS Brasil: cadernos de textos. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TARGINO, Janine. **Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas**. 2017. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/viewFile/8650126/16529> Acesso em 04 de maio de 2018

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Feminismo no Brasil: trajetória e perspectivas**. In: SOTER (Org.). Gênero e teologia: interpelações e perspectivas. Loyola. São Paulo: 2003.

UNIFESP. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Ronaldo Laranjeira (supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD), 2014. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/>. Acesso em 13 de fevereiro de 2016.

UNFPA. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 2009. Disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf Acesso em 04 de maio de 2018

WHITAKER, Dulce. **Mulher & Homem: O Mito da Desigualdade**. São Paulo: Moderna, 1988.

WOLLE, Cynthia de Carvalho. ZILBERMAN. Monica L. **Mulheres**. In. DIEHL, Alessandra. CORDEIRO, Daniel Cruz. LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

7. ANEXOS

7.1 – ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As necessidades de saúde das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no interior do Estado de São Paulo

Pesquisador: PRISCILA SOUZA CUGLER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65966117.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.020.903

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa pretende abordar o tema das necessidades de saúde com o uso problemático de álcool e outras drogas, sob a perspectiva do conceito de gênero. O objetivo é compreender as necessidades de saúde das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial, a partir da articulação com a sua história de vida. A coleta de dados será realizada por meio da técnica de História de Vida, com as informações focadas no contexto de vida e sua representação quanto ao uso de álcool e outras drogas. A análise dos dados ocorrerá por meio da análise de conteúdo temático. A compreensão das necessidades de saúde das mulheres visa obter subsídios para a transformação do agir em saúde em álcool e outras drogas, sob a perspectiva de gênero, contribuindo para a grande área da saúde pública.

Objetivo da Pesquisa:

No projeto de pesquisa, o objetivo geral consiste em: Compreender as necessidades de saúde de mulheres atendidas em um CAPS-AD do interior do Estado de São Paulo, a partir da perspectiva da articulação da sua história de vida com o uso problemático de álcool e outras drogas.

Os objetivos específicos consistem em: Caracterizar as concepções dessas mulheres acerca do uso de álcool e drogas, conhecendo suas experiências; Conhecer as repercussões para a saúde devido

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.020.903

ao uso problemático de álcool e outras drogas, identificando suas demandas e necessidades;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem sua relevância científica e social, e está bem fundamentado teoricamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos do protocolo estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_869504.pdf	03/04/2017 15:26:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Priscila.docx	03/04/2017 15:26:25	PRISCILA SOUZA CUGLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Atualizado.doc	03/04/2017 15:26:10	PRISCILA SOUZA CUGLER	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_priscila_souza_cugler.pdf	12/03/2017 19:30:36	PRISCILA SOUZA CUGLER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Autorizacao_Priscila.jpg	22/02/2017 19:06:48	PRISCILA SOUZA CUGLER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.020.903

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Abril de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

7.2 – ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa de mestrado intitulada “**As necessidades de saúde das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no interior do Estado de São Paulo**”, do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, da aluna Priscila Souza Cugler, com orientação do Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, sendo nosso objetivo compreender as necessidades de saúde das mulheres, a partir da perspectiva da articulação da sua história de vida com o uso problemático de álcool e outras drogas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista aberta, com perguntas que serão gravadas e depois transcritas, garantindo sigilo de sua identidade e informações prestadas, havendo a necessidade de autorização explícita da gravação de sua voz mediante a assinatura deste termo.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você não terá despesas pessoais e compensações financeiras relacionadas à sua participação. Se existir qualquer despesa de transporte e alimentação, ela será ressarcida pelos pesquisadores.

Quanto aos riscos relacionados à sua participação, você poderá se sentir constrangida, incomodada ou desconfortável em responder a pergunta sobre a sua história de vida relacionada ao uso problemático de álcool e outras drogas, e poderá julgar a pergunta impertinente. Caso isso seja observado ou você não se sinta à vontade com alguma questão ou situação, a entrevista será imediatamente interrompida e suas respostas descartadas. Você não será submetida a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica.

É importante ressaltar que não haverá nenhum benefício direto da sua participação nesta pesquisa, porém os resultados obtidos poderão servir para a melhoria na prestação dos serviços de cuidado em álcool e outras drogas para as mulheres de São Carlos e outros municípios.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras participantes voluntárias, não sendo divulgada em hipótese alguma a sua identificação.

Você será acolhida pela pesquisadora caso sinta-se prejudicada por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos.

Você receberá uma via assinada deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora responsável, onde constam o telefone e o endereço da mesma, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, e o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa. A pesquisadora poderá ser encontrada através do endereço: Rua: São Joaquim, 1233, Centro. Telefone: 3362-1350, e-mail: saúde@saocarlos.sp.gov.br pelo seguinte telefone (16)34195510 e e-mail pricugler@hotmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar – Via Washington Luiz SP-310, Km. 235 - Caixa Postal 676, Telefone: (16) 3351-9683 – E- mail: cephumanos@ufscar.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (Parecer Consubstanciado CEP nº2020903) que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data: São Carlos, _____ de _____ de 2017

Nome da Participante

Assinatura da Participante

Pesquisadora responsável

Priscila Souza Cugler

8. APÊNDICES

8.1 – Roteiro da Entrevista Aberta

DADOS DA PARTICIPANTE

Nome:

Idade:

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União Estável

Escolaridade: () Analfabeta () Ensino Fundamental () Ensino Médio

() Ensino Superior () Pós-graduação

() Completo () Incompleto () Cursando

Raça/cor: () branca () preta () amarela () parda () indígena

Ocupação: () CLT () autônoma () desempregada

() estudante () dona de casa

Tipo de substância psicoativa: () tabaco () álcool () maconha () cocaína

() Crack () Mesclado () LSD/Extase/Chás

() Outras

Região da cidade que reside: () Santa Felícia () Vila Isabel () Redenção

() Cidade Aracy () Vila São José

Conte-me sobre a sua historia de vida relacionada ao uso de álcool e outras drogas