

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - DPSI
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CGPSI

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**Redução de Danos e Gênero: a perspectiva de mulheres atendidas em
um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**

Discente: Emily Lazarini

Profa. Orientadora: Luciana Nogueira Fioroni



São Carlos, Fevereiro de 2025

Resumo

O uso de substâncias psicoativas (SPA) configura-se como um fenômeno de interesse no decurso do desenvolvimento da espécie humana. A partir do século XVI, o uso abusivo destas substâncias torna-se uma pauta de interesse, relacionando-se com determinantes sociais (DSS), dentre eles, o constructo gênero. A presente pesquisa investigou as representações das mulheres a respeito de si enquanto em condição de uso abusivo de SPA. Esta foi uma pesquisa qualitativa interpretativa e descritiva do tipo empírica, pertencente ao recorte epistemológico da psicologia social crítica e interpretativa chamado hermenêutica-dialética. As participantes convidadas consistiram em 7 mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) da cidade de São Carlos. O instrumento para a produção dos dados foi um roteiro semi-estruturado de entrevista, composto por 2 partes: um questionário socioeconômico; e uma parte semi-estruturada que guiou o momento da entrevista. As questões do roteiro objetivaram caracterizar as participantes e investigar a sua história de uso de SPA, as relações entre ser mulher e ser usuária de SPA e a história do tratamento no CAPS. A análise dos dados foi feita a partir da Análise Temática, sendo que a discussão dos resultados foi realizada a partir da articulação destes dados. Esta investigação pode contribuir para adicionar informações sobre a RD e sua relação com gênero e políticas públicas, considerando os poucos estudos disponíveis que avaliam essa relação.

Palavras-chave: Redução de Danos; Saúde Mental; Gênero; Políticas Públicas; Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1. Apresentação

2. Introdução

2.1 Apontamentos sobre os aspectos históricos do uso de SPA

2.2 Aspectos do paradigma proibicionista

2.3 Paradigma de Redução de Danos: elementos históricos de práticas

2.4 Determinantes Sociais em Saúde: apontamentos acerca de suas diferentes perspectivas, interfaces com gênero e Redução de Danos e importância no âmbito de atendimento à saúde mental

2.5 Constructo gênero: histórico, implicações e relação com a RD e com a realidade das mulheres usuárias de SPA no Brasil, no âmbito da atenção em saúde

3. Justificativa

4. Objetivos

4.1 Geral

4.2 Específicos

5. Método

5.1 Recorte teórico metodológico

5.2 Abordagem teórica-metodológica dos dados

5.3 Participantes

5.4 Procedimentos de divulgação e recrutamento das participantes

5.5 Instrumentos de pesquisa, formas de registro e análise dos dados

5.6 Cuidados éticos

6. Cronograma

7. Referências

8. Apêndices

8.1 Apêndice A

8.2 Apêndice B

8.3 Apêndice C

1. APRESENTAÇÃO

Pensar na relação entre a política de Redução de Danos (RD) e o constructo gênero me motivaram na realização dessa pesquisa. Durante toda a minha vida, por ser uma mulher cis, fui atravessada pela vivência do gênero feminino, com suas limitações e potencialidades, considerando aspectos biopsicossociais. Com acesso ao estudo formal de teorias feministas, pude ampliar meu leque de entendimento acerca do gênero, aprendendo mais sobre suas implicações na vida dos sujeitos a partir de determinadas construções sociais, conhecimento que vem se aprofundando agora que sou discente do curso de Psicologia. Já em relação à Redução de Danos, o interesse nasceu numa lógica parecida, com minhas vivências influenciando meus objetos de interesse. Por pertencer a uma família com casos de abuso de substâncias psicoativas, e ver seus impactos tanto no usuário quanto na família, e os estigmas sociais que estas pessoas estavam sujeitas, esse tema despertou desde cedo minha curiosidade. O uso de substâncias psicoativas se dá por quais motivos? E seu abuso, é causado por quais fatores? Será que as explicações do senso comum são realmente suficientes para explicar esse fenômeno? Com esses questionamentos em mente, ao estudar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na faculdade, em específico a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), adquiri o conhecimento da existência da Redução de Danos, a qual me maravilhou. Fiquei muito feliz de saber que existia uma explicação contrária àquela que aprendi na minha família e em outros meios sociais, fora da universidade. Assim, uni alguns de meus interesses nessa pesquisa, sendo eles: estudar e entrar mais em contato com a RAPS e a política de RD, articulando-a com gênero. Penso que essa pesquisa pode auxiliar no entendimento acerca dos objetos mencionados.

Dito isso, o projeto de pesquisa está organizado em introdução, método, resultados e discussão. A Introdução que, como o nome diz, visa introduzir o tema, suas particularidades e o estado da arte, está composta pelos seguintes eixos argumentativos:

i) Contextualização das SPA ao longo da história até a atualidade, debruçando-se sobre os fatores que ocasionaram mudanças em seu uso;

ii) Panorama acerca do paradigma proibicionista, elucidando seu histórico, práticas e contradições;

iii) Apresentação do paradigma de RD, citando seu histórico, práticas e seu desenvolvimento no Brasil;

iv) Explicação sobre Determinantes Sociais em Saúde e sua importância no âmbito do atendimento em saúde mental;

v) Panorama acerca do constructo gênero, apresentando seu histórico e suas implicações, e relacionando-o com a RD e com a realidade das mulheres usuárias de SPA no Brasil, no âmbito da atenção em saúde, apresentando também as limitações desta última.

Em seguida temos os objetivos e justificativa do estudo; depois o recorte teórico-metodológico, indicando os caminhos pelos quais os objetivos puderam ser alcançados. No método encontra-se ainda o contexto empírico da pesquisa, instrumentos e forma de análise dos dados. A parte final da monografia versa sobre os resultados e discussão, e finalizamos com as considerações finais.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Apontamentos sobre os aspectos históricos do uso de SPA

O uso de substâncias psicoativas (SPA) acompanha a história da humanidade, não sendo, absolutamente, um fenômeno recente (Carneiro, 2002). Os povos indígenas fazem uso, tradicionalmente, de bebidas fermentadas e outras substâncias, como plantas medicinais, com sua utilização se dando, principalmente, em contextos ritualísticos e festivos, tal como o “batismo de milho” e a “chicha”. Em algumas tribos Amazônicas, seu uso possuía um papel de comunicação com divindades, além de aliviar tensões e delimitar papéis sociais de gênero (Brasil, 2017). Pode-se dizer, então, que o uso de SPA era/ é socialmente aceito e inserido numa complexa rede de socialização, costumes e hábitos de uma determinada sociedade (Pillon & Maciel, 2015).

Por conta dessa coesão social, na qual o uso de SPA ocorria de maneira contextualizada, não há casos conhecidos na literatura de dependências química antes da chegada dos colonizadores, apesar de muitos povos indígenas já terem conhecimento da produção e realizarem consumo de bebidas alcoólicas. Entretanto, ao longo da interação com culturas diversas, constituíram-se novos hábitos no que diz respeito ao uso de SPA, ao passo que estes passaram a caracterizar fator de risco para dependência química, tendo em vista seu consumo fora do âmbito ritualístico (Brasil, 2017).

Entende-se, assim, que o desenvolvimento social e cognitivo humano caminhou e caminha junto com o uso de SPA, de diferentes caracteres, diferentes usos e com diferentes objetivos, a depender da cultura analisada. Este uso tradicionalmente se vincula com um aprendizado sobre a flora e fauna, com o intuito de produzir alterações no estado de consciência. (Gomes & Vecchia, 2018).

Porém, com o advento das grandes navegações no final do século XV, não apenas territórios foram colonizados. Os povos tradicionais, sua cultura e costumes foram e continuam sendo intensamente modificados por conta da imposição violenta de valores e modos de vida distintos dos seus, alterações que impactaram também em mudanças na dinâmica de uso de SPA. (Brasil, 2017). Como consequência dos sucessivos ataques ao seu modo de vida tradicional, o consumo danoso de SPA tornou-se uma realidade, com o alcoolismo caracterizando-se como um fator preocupante entre jovens acima de 12 anos e adultos Kaingang, que estão entre os mais numerosos povos indígenas do Brasil. Neles foi identificado, também, um perfil epidemiológico decorrente do uso de bebidas alcoólicas: um alto índice de subnutrição ligado à mudança de

hábitos alimentares, doenças infecto respiratórias, infectocontagiosas, parasitoses intestinais, crônico degenerativas, tuberculose, entre outras. (Salgado, 2003 apud).

A Revolução Industrial no século XVIII e, conseqüentemente, o capitalismo, de igual maneira impuseram mudanças culturais, que afetaram, também, o uso de SPA. Estas se inseriram na lógica mercadológica, com um uso compatível com o novo sistema econômico, no qual a expansão comercial e a produção em larga escala são seus aspectos fundamentais (Pillon & Maciel, 2015). Com isso, a oferta de drogas sintéticas, como a cocaína, e o comércio de SPA, se torna estratégico e lucrativo, com seu uso possuindo características singulares a partir do século XXI, com a regulação estatal nesse âmbito e a diferenciação entre substâncias lícitas e ilícitas. Esse cenário acabou por favorecer o aumento do consumo prejudicial de SPA, o que se relaciona com problemáticas sociais, tais como aumento da criminalidade e narcotráfico. Ou seja, se antes a coesão grupal e a cultura facilitavam um uso focalizado e contextualizado das substâncias, de acordo com uma permissividade da moral e costumes vigentes, na atualidade, as substâncias psicoativas adquirem um caráter danoso em relação ao seu uso, incluindo-se num cenário macro de desigualdades socioeconômicas (Fonseca, 2012).

Considerando esse cenário, de acordo com o Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em 2009, que contém indicadores do consumo de diversas SPA 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 de substâncias psicoativas na vida pela população em geral (Brasil, 2009). Num estudo mais recente, o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira, sendo considerado o mais completo levantamento sobre SPA realizado no país, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2017), em parceria com outras instituições, apontou que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. A droga ilícita mais consumida entre os pesquisados foi a maconha: 7,7% disseram ter usado ao menos uma vez na vida. Em seguida, veio a cocaína em pó: 3,1% já haviam consumido a substância. Os dados considerados mais preocupantes foram relacionados ao álcool. Mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida, sendo seu padrão de uso atribuído a fatores culturais (Fiocruz, 2017).

2.2 Aspectos do paradigma proibicionista

Entende-se, então, que a abordagem acerca das SPA e dos fatores que envolvem seu uso e comércio deve ser multicausal e multifatorial, considerando recortes de gênero, raça e classe,

visando não cair no reducionismo frente a um fenômeno complexo. Ao se tratar dos paradigmas possíveis que se propõem a ocupar-se de analisar e elaborar estratégias, podemos citar dois: proibicionismo e reducionismo. Em relação ao primeiro, possui seu marco fundador em 1912 na Conferência Internacional de Ópio e em 1961 na Convenção Internacional sobre Entorpecentes, nas quais elaborou-se o que seria a guerra às drogas, munida com o slogan “Diga Não Às Drogas” (Pillon & Maciel, 2015). Tal modelo se baseia no entendimento de que é possível e preferível uma sociedade na qual não haja o consumo de substâncias psicoativas, ou seja, uma ideia de que é possível a completa sobriedade. Também, propõe-se a criminalização dos usuários, e uma quase ou completa ausência da análise dos fatores sociais que acompanham o fenômeno da drogadição. Acompanhado desse pensamento, estigmas sobre os usuários de substância, tais como “drogados” ou “nóias” são uma realidade que limita o sujeito a um discurso criminalizador, biomédico e culpabilizador, retirando a autonomia deste ao se considerar que são pessoas que, por conta do uso de substâncias psicoativas, são desprovidas de discernimento para viverem suas vidas (Fonseca, 2012).

Um dos exemplos dessa perspectiva são as ações postas em prática na Cracolândia, tal como a Operação Caronte, realizada em 2022, na qual 125 pessoas foram detidas suspeitas de envolvimento no tráfico e uso de SPA, e que é alvo de críticas de movimentos sociais, por conta de ações policiais violentas (G1, 2022). Acerca do histórico da Cracolândia, Wilton Cordovil (2016), ao caracterizar a região da Luz, onde ela se instalou, remete sua ocupação pelas parcelas menos favorecidas da sociedade, em decorrência da decadência da economia cafeeira exportadora. A região concentra interesses políticos em seu potencial de especulação imobiliária, motivo pelo qual as aproximadamente 772 pessoas que ocupam o local (Secretaria Municipal de Segurança Urbana, 2018), sendo entendidas como em uso prejudicial de substâncias psicoativas, são alvo de marginalização e violência policial.

Na contramão das ações policiais violentas, há movimentos como A Craco Resiste, fundado em 2016, e que realiza ações contra a violência policial na região, utilizando-se do paradigma de Redução de Danos (RD) (Carta Capital, 2022). Também, houve o programa “De Braços Abertos” (DBA), implementado durante o governo do prefeito Fernando Haddad em 2014 e encerrado em 2017. Ele surgiu com uma proposta de integração de ações intersetoriais das áreas de Assistência Social, Direitos Humanos, Saúde e Trabalho, também pautado na RD. Sua meta constituiu na construção de uma rede de serviços destinada ao atendimento social aos usuários de SPA, com a oferta de moradia, emprego e serviços de atenção integral à saúde, objetivando, com isso, a reinserção social dos usuários. Tal programa possui um foco inovador,

que substitui a atuação repressiva e terapêutica das políticas anteriores por um programa que não exige abstinência e que era pautado pela reinserção social dos usuários, por meio da redução de sua condição de vulnerabilidade (Alves et al, 2020).

Entretanto, apesar da aderência global, com algumas exceções, ao paradigma proibicionista, o mesmo mostra-se controverso. O Relatório Mundial sobre Drogas 2022 (World Drug Report, 2022) indica que houve um aumento mundial no tráfico e no consumo de SPA, considerando que 284 milhões de pessoas, entre 15 e 64 anos, usaram drogas em 2020, 26% a mais do que dez anos antes. Dados indicam que os jovens estão usando mais SPA, com níveis de uso em muitos países superiores aos da geração anterior. Já na África e na América Latina, as pessoas com menos de 35 anos representam a maioria das pessoas em tratamento devido a transtornos associados ao uso de SPA, apesar das estratégias adotadas no âmbito de “prevenção e educação” em relação ao seu consumo.

2.3 Paradigma de Redução de Danos: elementos históricos de práticas

Frente a esse cenário, há uma proposta alternativa, que surge na contramão do proibicionismo e possui como horizontes ideais de respeito a autonomia, combate às desigualdades e humanização: o paradigma de Redução de Danos (RD). Sua origem remonta a 1926, na Inglaterra, quando foi divulgado o Relatório Rolleston. Nele, recomenda-se aos médicos a prescrição de heroína e morfina como ato médico para pessoas que não reuniam condições de cessar o uso, sendo a primeira vez que se tem registro da indicação oficial de uma prática de redução de danos. Porém, só na década de 1980 a RD passou a ser adotada em sistemas de atenção à saúde, sendo colocada em prática pela primeira vez no contexto de combate à AIDS, no qual os redutores (como são chamados as pessoas que trabalham com redução de danos) ofereciam seringas limpas para usuários de substâncias psicoativas. (Santos & Soares, 2010).

No Brasil, seu início data do final da década de 1980 nas cidades de Santos, Rio de Janeiro e Salvador. Porém, a redução de danos só passou a ser entendida como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) após a elaboração da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde, em 2004. Essa Política institucionaliza ações preventivas e de redução de danos, e a interseção da redução de danos com os serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Essa perspectiva é influenciada diretamente pelos movimentos denominados Reforma Psiquiátrica, que surgiram pós-Segunda Guerra Mundial e se basearam no questionamento do modelo manicomial, que eram o destino de diversas pessoas, em especial as acometidas por sofrimentos de ordem psíquica (Sampaio & Júnior, 2021). Iniciada com a contribuição da Psiquiatria Democrática da Itália, elaborada pelo psiquiatra Franco Basaglia (Cugler, 2018), e contando com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável, ela possuiu a proposição de defender a ruptura dos modelos asilares psiquiátricos por espaços com recursos, assistenciais, políticos, culturais e sociais que fomenta a cidadania, incentivando os países a fomentar a integralização e territorialização de atenção em saúde mental (Sampaio & Júnior, 2021).

No Brasil, se insere no âmbito dos serviços de atenção em saúde mental, incluindo as pessoas que realizam o uso problemático de álcool e outras drogas. Isso é norteado pelo decreto n.º 11.343, de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), e pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, que dispõem sobre medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários. Essa legislação garante aos usuários de SPA o acesso universal aos serviços de saúde, com a política de assistência sendo oferecida em todos os níveis de atenção, primária, secundária e terciária. Há incentivo, principalmente, para o uso da atenção primária e os dispositivos extra-hospitalares, como Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), estes sendo categorizados na atenção secundária (Inglez-Dias et al, 2014). Em suma, a RD diz respeito à desinstitucionalização de um modelo de atenção psiquiátrico manicomial, portanto isolador e excludente, para a institucionalização um modelo ambulatorial, que se orienta pela atenção psicossocial e pelo indivíduo no território e na comunidade onde vive. A partir dessa perspectiva, no lugar da patologização, hospitalização e criminalização, há o respeito à autonomia individual.

2.4 Determinantes Sociais em Saúde: apontamentos acerca de suas diferentes perspectivas, interfaces com gênero e Redução de Danos e importância no âmbito de atendimento à saúde mental

No âmbito da RD, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são considerados. Esse conceito, que suscita discussões acerca de sua utilidade e sentidos, propõe uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença ao articulá-lo com outros setores e saberes. Volta-se o olhar às condições de vida e bem-estar social, distribuição de renda, condições de trabalho, redes de suporte social, dentre outros fatores, com o objetivo de integrar os conhecimentos e evitar a

fragmentação no âmbito do atendimento em saúde (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013). Os DSS estão relacionados às condições em que as pessoas nascem, vivem e morrem (Chapman, 2010; Krech, 2012). Dizem respeito aos fatores associados aos aspectos “sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78), sendo assim, gênero se inclui nessa proposição. Portanto, essa concepção é importante para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funciona como parâmetro para a busca de justiça social, um importante desafio da saúde coletiva (Carvalho, 2013; Rocha, 2011).

O campo da promoção de saúde visa incidir sobre as condições de vida da população e propõe um novo paradigma que integra conceitos e ideias advindos de diferentes disciplinas, tais como a educação, a saúde, o território, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a serviços essenciais e ao lazer (Sicoli; Nascimento, 2003). Esta perspectiva visa à autonomia dos sujeitos e coletividades e, assim, reflete e inspira mudanças significativas nas formas de atuar em saúde. Nesse sentido, busca empoderar os sujeitos e fortalecer recursos individuais e coletivos, para que se possa lidar com a multiplicidade dos DSS (Czeresnia, 2003), almejando fortalecer a saúde através da construção da capacidade de escolha via ampliação do conhecimento e da percepção das diferenças e das singularidades dos fatos.



FIGURA 1. Modelo de determinação social da saúde , adaptado de Dahlgren Withehead (1991).

A figura 1 traz um dos diversos modelos de determinação social da saúde (Dahlgren & Whitehead, 1991). Ele inclui os DSS organizados em diferentes camadas, desde uma camada referente aos determinantes individuais até uma camada para os macrodeterminantes. Apesar da fácil visualização, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese dos determinantes sociais em saúde (Buss e filho, 2007).

Por outro lado, há críticas ao conceito de DSS, tendo em vista o argumento de Minayo

(2021) de que ele perpetua noções positivistas, provenientes do paradigma cartesiano newtoniano, o qual defende a noção de determinismo, conceito controverso que “[...] desenvolveu-se a partir do impulso científico da Idade Moderna no século XVI, com o intuito de explicar o Universo e os fenômenos naturais. De acordo com essa teoria, é possível prever acontecimentos futuros com base em fatos atuais, uma vez que toda a realidade está interligada por propósitos comuns.” (Minayo, 2021). Assim, a autora argumenta que uma noção determinista no âmbito social é contrária à humanização no sentido pleno e ao paradigma de complexidade, o qual surge para suplantar as perspectivas positivistas, e é embasado por diversos teóricos. Um deles, Prigogine, argumenta que o indeterminismo guia processos tanto sociais quanto da natureza:

“Ao longo das últimas décadas, um conceito novo tem conhecido êxito cada vez maior: a noção de instabilidade dinâmica associada ao 'caos'. Este último sugere desordem, imprevisibilidade, mas veremos que não é assim. É possível (...) incluir o caos nas leis da natureza, mas contanto que generalizemos essa noção para nela incluirmos as noções de probabilidade e de irreversibilidade”

[Prigogine, 2002, p. 8].

Sob essa ótica, as possibilidades e a incerteza, são constitutivas do universo e da existência humana. Assim, o indeterminado e o incerto são vistos como uma possibilidade, e não mais da ignorância, ao passo que a ciência não se constitui mais como garantia de certeza (Prigogine, 2002). Ao considerar essa perspectiva, Minayo (2021) então defende cessar o uso do conceito de DSS, não com o intuito de negar as desigualdades, as quais o termo evidência, mas, sim, por discordar da noção da possibilidade de haver determinação em uma sociedade pós-industrial complexa. Em suma, ela defende que o uso de DSS “se coaduna com o paradigma da sociedade moderna industrial, que faz uma brutal ruptura entre o observador (agente conhecedor) e a realidade (objeto a ser conhecido)” (Minayo, 2021).

No presente estudo, o conceito de DSS será utilizado durante a coleta de dados e na análise de dados. Essa escolha foi feita pela pesquisadora entender que, apesar das pertinentes críticas realizadas a sua aplicação e validade referentes à fragmentação do entendimento acerca dos sujeitos, é um instrumento que possui utilidade para compreender o processo-saúde doença e prover autonomia, mesmo que de maneira limitada a uma perspectiva com influência positivista, como citou Minayo (2021).

Em relação à interface do constructo gênero com os DSS, mulheres apresentam pior saúde, especialmente no âmbito de saúde mental, acrescido também o recorte de classe. A situação de mulheres brancas de classe média em países de alta renda tendo alcançado o topo da hierarquia política, financeira e científica contrasta-se com a realidade de mulheres pobres, segregadas a trabalhos precários, menos remunerados e regulamentados, em contextos nos quais os papéis de gênero são mais rígidos e onde é prevalente a violência por parceiro íntimo

(Gkiouleka et al., 2018). Já em relação aos homens, Braveman et al (2011) mostra que estes apresentam menor expectativa de vida e como as desigualdades de gênero influenciam e determinam problemas.

A interface da RD com os DSS se dá ao passo que se caracteriza como novas ações e práticas em saúde mental que, tal como a Promoção de Saúde, enfatiza a autonomia das pessoas que usam drogas, porém, de forma diferente dos tratamentos “tradicionais”, calcados no modelo biomédico, que limita os sujeitos em seus horizontes de possibilidades (Schneider, 2010).

Pode-se dizer que a RD, enquanto conjunto de estratégias de cuidado ou um novo paradigma, se aproxima dos princípios da Promoção de Saúde ao considerar os DSS e, também, ao: preconizar intervenções participativas; propor ações que tem como foco a saúde da população em geral, no seu ambiente, em detrimento da doença em um grupo de risco; estabelecer abordagens focadas na facilitação e na capacitação dos sujeitos considerando-os autores do próprio processo e, enfim, ao transferir o foco das ações do problema/doença para as potências de cada um ou de seus grupos e para a promoção da qualidade de vida (Moreira, 2006).

A importância dos DSS no âmbito de atendimento à saúde mental, ao se partir da perspectiva da produção social da saúde, significa dizer que o campo da saúde mental é igualmente compreendido a partir de sua dimensão histórica e cultural. De acordo com Rocha e David (2015), "assume-se que este é um fenômeno eminentemente humano e social, e não um fato biológico-natural, o que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada" (p. 134). Nesse sentido, o *Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, publicado em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), defende que a saúde mental não é efeito apenas de componentes de ordem individual como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais, mas engloba elementos de ordem cultural, social, econômica, política e ambiental. A qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social impactam no bem-estar e na saúde mental.

Logo, em cenários de desigualdades sociais há, conseqüentemente, grupos

populacionais que são mais ou menos expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais. Todos esses aspectos se relacionam com o conceito proposto pelos DSS.

2.5 Constructo gênero: histórico, implicações e relação com a RD e com a realidade das mulheres usuárias de SPA no Brasil, no âmbito da atenção em saúde

Pensando nos objetivos desta pesquisa, é relevante trazer algumas definições acerca do DSS gênero, para posteriormente relacioná-lo com mulheres usuárias de SPA. Considerando o gênero como constructo em análise, com suas idealizações sendo fruto das elaborações resultantes dos movimentos feministas, esse DSS possui diversas definições, a depender da autoria, não possuindo uma proposta única.

O conceito de gênero foi proposto pela primeira vez na década de 1950 pelo psicólogo John Money. Esse conceito proveu credibilidade à ideia da não existência uma relação natural entre o sexo anatômico de uma pessoa e sua identidade sexual, chamada posteriormente de identidade de gênero. A sua concepção acerca do gênero foi publicada pela primeira vez num texto de 1955 sobre o hermafroditismo (Money, 1955). Isso pois, para Money, essa condição de ambigüidade sexual biológica, além de prover uma chance para mensurar as influências que levam à elaboração do papel de gênero do sujeito, podendo ser eles: sexo cromossômico, gonadal, hormonal ou sexo designado pelos cuidadores, também proporciona um cenário para investigar sobre o desenvolvimento da orientação sexual dos humanos. A partir das pesquisas realizadas por Money, o gênero mostra-se como um conceito que possui uma maior relação com vivências decorrentes do meio social, em detrimento das influências biológicas e inatas. (Money, 1955).

A partir de 1966, os psicanalistas Ralph Greenson e Robert Stoller deram contribuições ao desenvolvimento do conceito, e deram enfoque na influência das primeiras relações de mãe com filho em relação ao desenvolvimento do gênero do último. Greenson iniciou suas investigações a partir do tratamento de Lance, um menino de cinco anos que apresentava ‘problemas de identidade de gênero’. A partir disso, o pesquisador propôs a noção de desidentificação, que se refere ao processo do sujeito de substituir o objeto original de sua identificação, que, no caso, seria a mãe, a fim de construir uma identidade de gênero que remete à masculinidade (Greenson, 1966). De acordo com o autor, esse processo é permeado de dificuldades, levando os homens a serem mais inseguros acerca de sua identidade de gênero, em

comparação com as mulheres. (Greenson, 1967/1998).

Já Stoller (1966, 1968) baseou sua teoria nas proposições de Greenson e Money. O autor retoma a noção de imprinting, proposta inicialmente por Konrad Lorenz (Lorenz, 1995) e trabalhada anteriormente por Money (Money et al., 1957), a fim de propor a ideia de que a formação da identidade de gênero tem origem no exterior, antes do Eu estar consolidado e desejante. Essa visão que argumenta pela importância da alteridade na construção da identidade do indivíduo forneceu elaborações importantes em relação para o campo psicanalítico. Também, Stoller propõe a inversão da tese freudiana da primazia fálica (Freud 1923/1996), ao apontar, em contraposição, uma primazia do feminino na constituição identitária da pessoa (Stoller, 1966/1968).

Posteriormente, teorizações advindas do movimento feminista apropriaram-se do conceito e “o desenvolveram, relacionando-o com questões políticas amplas, mostrando a normatividade inerente às relações de gênero, denunciando como inúmeras categorias do pensamento ocidental moderno pautam-se em valores masculinos e se pretendem naturais” (Lattanzio, Ribeiro, 2018). Gayle Rubin é uma das primeiras feministas a discutir sob esse viés (Rubin, 1975). Em um de seus trabalhos, Rubin (2012) estuda o sistema sexo/gênero, e o define 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. Segundo ela, “gênero é uma divisão dos sexos impostas socialmente. É um produto das relações sociais de sexualidade”. Já Scott (1990) foca-se no estudo da linguagem, símbolos e instituições, e propõe uma ruptura do binarismo de gênero, ao enxergar o último numa perspectiva analítica e não apenas descritiva. Nesse sentido, Santos (2014) defende que não é o parâmetro biológico, mas, sim, a cultura, que determina o que é ser homem e mulher, considerando as relações de poder que permeiam as diferentes sociedades. (Santos, 2014). E, numa perspectiva contemporânea, Butler (2016) advoga pela subversão do gênero, considerando que:

“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 assembleia que permita múltiplas convergências e divergências, sem obediência a um telos normativo e definidor” (Butler, 2016, p.42).

Ademais, o processo de saúde-doença e gênero possuem relações que são de importante compreensão. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma perspectiva crítica ao modelo

biologicista, proveniente do modelo de saúde pública tradicional, ao passo que possibilita práticas de caráter emancipatório. Um exemplo disso é a adoção da TDS na compreensão do processo-saúde doença que, dentre outros, considera a importância do gênero na determinação de saúde dos sujeitos, tendo em vista que a desigualdade de gênero e violência baseada no gênero influenciam nas maneiras de viver, adoecer e morrer de mulheres (Guedes et al, 2009). Essa violência é cotidiana se manifesta de diversos modos, podendo ser sutis ou visivelmente danosas (Minayo, 2005), sendo que até julho de 2022, de acordo com dados disponibilizados pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), o Brasil somou mais de 31 denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres, abrangendo atos de violência física, psicológica, moral, sexual e matrimonial (Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, 2022).

Entende-se então, que a violência incide de maneira significativa no processo de saúde doença das mulheres, considerando-se que as mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual apresentam maior demanda em saúde em comparação com pessoas não-vítimas de violência (Organização Pan-Americana de Saúde, 2002). Dessa maneira, identificar, assistir e referir às vítimas de violência é possível por meio do setor saúde. Entretanto, há limitações e contradições na atuação dos serviços de saúde no que diz respeito ao atendimento a mulheres vítimas de violência, exemplificados em três aspectos: i) as mulheres, por vezes, não denunciarem a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica; ii) o fato de uma prática de saúde baseada em perspectivas que encaram o sujeito de maneira fragmentária e biologicista; iii) a influência das identidades de gênero e estereótipos, que colocam as mulheres em lugares de obediência e submissão. Esses três aspectos influenciam na invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres (Guedes et al, 2009).

Mesmo num cenário no qual a violência é identificada, a esta não é dado valor, tendo em vista o saber instrumental orientador das práticas em saúde, o qual prescreve o tratamento apenas dos danos físicos, em detrimento de questões subjetivas que impactos decisivamente a capacidade das vítimas em relação ao enfrentamento da situação. Isso cria um impasse para uma práxis em saúde transformadora (Silva, 2010).

Considerando, então, que as relações de poder implicadas ao constructo gênero preveem atitudes, condutas e estigmas diferenciados a homens e mulheres, no campo da adicção por substâncias psicoativas isso se torna claro. O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Laranjeira et al, 2014), que retrata um levantamento populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira, indica que, entre as pessoas que fazem uso de álcool, os homens prevalecem com 62% e as mulheres com 38%. Nota-se aumento no

consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres entre os anos de 2006 e 2012, passando de 27% para 38%. Importante destacar que, embora nesse período tenha havido a redução da quantidade de fumantes em geral, nas mulheres essa diminuição é menor em relação aos homens.

Ademais, a Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack (Fiocruz, 2014) indica 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. Nesse sentido, Caixeta et al (2015) aponta, que os fatores de risco para mulheres usuárias de SPA são a violência, permissividade, insatisfação, disponibilidade para compra, falta de regras claras e efeito agradável da droga. Já os fatores de proteção incluem o autoconhecimento, informações sobre o efeito, regras de conduta clara e capacidade resolutiva diante de uma situação. Assim, nota-se que a drogadição se caracteriza como um fenômeno complexo, que não se restringe ao uso em si, mas, sim, envolve fatores socioeconômicos e se manifesta diferencialmente a depender do gênero, sendo o gênero feminino alvo de estigmatização no que se refere à sua performance social, ao passo que as usuárias de SPA enfrentam barreiras de diferentes âmbitos em sua busca e assiduidade no tratamento (Oliveira et al, 2007).

Nesse estudo, considera-se que a RD é um paradigma possível para mitigar as injustiças às quais elas estão submetidas, tendo em vista sua normatização e as práticas realizadas nos CAPS. Estas se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade.

Os projetos desses serviços buscam uma rede de suporte social, potencializadora 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). Especificamente 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).

Apesar disso, a realidade aparenta estar distante da teoria. Mesmo com a institucionalização da estratégia da redução de danos nos âmbitos de atendimento psicossocial, sua utilização não é homogênea. Na prática, o modelo psicossocial do CAPS AD e o da

abstinência interseccionam-se na realidade diária da atenção em saúde. A gestão da clínica para álcool e outras drogas vê-se envolta por prerrogativas moralistas e proibitivas, frequentemente pautada na internação, na medicação e na abstinência, o que destoa do que é esperado pelo serviço. Além disso, há o risco de retrocessos na 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 terapêuticas, que defendem a internação dos sujeitos e a abstinência, na contramão do modelo da reforma psiquiátrica e da redução de danos (Cugler, 2018). Esse é um contexto que acaba por repetir as contradições e problemáticas do paradigma proibicionista e medicalizador.

3. Justificativa

É válido, então, investigar como se dá a relação do constructo gênero, especificamente se tratando das mulheres, com os serviços ofertados pelos CAPS AD, considerando essa discrepância entre o que está previsto e o que realmente ocorre. Essa investigação pode ser considerada importante pois há poucos estudos avaliando essa relação, e esse estudo pode contribuir para adicionar informações sobre esse tema e, considerando que, apesar da institucionalização, a redução de danos ainda está se consolidando no âmbito das políticas de atenção psicossocial, pode ter um papel ativo para auxiliar nesse processo e instigar reflexões, tanto nos profissionais quanto nos estudiosos e usuários dos serviços.

4. Objetivos

4.1 Geral

Investigar as representações sociais das mulheres a respeito de si enquanto em condição de uso abusivo de SPA.

4.2 Específicos

- Investigar as representações sociais de mulheres atendidas no CAPS ad sobre o tratamento recebido.
- Investigar como estas mulheres identificam os principais determinantes de sua condição de adicção por SPA.
- Investigar em que medida, na percepção destas mulheres, o tratamento se aproxima da política de redução de danos.

5. Recorte Teórico-Metodológico

Esta foi uma pesquisa qualitativa interpretativa e descritiva do tipo empírica, pertencente ao recorte epistemológico da psicologia social crítica e interpretativa chamado hermenêutica-dialética. De acordo com Minayo (2014) as metodologias de pesquisa qualitativa são aquelas que abarcam a questão do significado e da intencionalidade e permeiam toda a vida social. Derivadas da elaboração de Max Weber em sua Sociologia Compreensiva, tais correntes abordam questões relacionadas a valores, representações, crenças e relações e, como é reiterado por diversas vezes pela autora (Minayo, 2014) o acesso à realidade, para as correntes compreensivas, depende de múltiplos fatores e da ótica que usa para se captar o mundo, tendo em vista a dimensão hermenêutica de produção de sentidos e significados. Ademais, reitera-se que a compreensão do social difere da compreensão das ciências naturais e postula que o significado é o conceito central para a análise da sociedade.

Já Holanda (2002) assinala que a pesquisa qualitativa constituiu um significativo avanço para as ciências humanas e preenche espaços que o modelo quantitativo não alcançava: “o espaço da interlocução com o humano, o espaço de busca dos significados que estão subjacentes ao dado objetivo, o espaço de reconstrução de uma ideia mais abrangente do que é empírico, um espaço de construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais” (p.156).

Ao se tratar da subjetividade do investigador, entende-se que o investigador e investigado possuem algo em comum na sua essência, o que os torna comprometidos entre si e inclui o pesquisador em sua própria análise. Se defende, então, que não é possível excluir a subjetividade do pesquisador. Ademais, pode-se argumentar que a função do pesquisador é compreender que o primeiro “constructo interpretativo” fica a cargo do senso comum, elaborado pelos próprios sujeitos investigados, sendo isso a lógica interpretativa de primeiro nível. De acordo com Martins (2004):

“É preciso esclarecer, antes de mais nada, que as chamadas metodologias qualitativas privilegiam, de modo geral, da análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais. Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades sociais investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador. Neste caso, a preocupação básica do cientista social é a estreita aproximação dos dados, de fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la. Se há uma característica que constitui a marca dos métodos qualitativos ela é a flexibilidade, principalmente quanto às técnicas de coleta de dados, incorporando aquelas mais adequadas à observação que está sendo feita.” (Martins, 2004, pag 292).

Em relação à denominada Psicologia Social Crítica, esta, de formulação proveniente de uma longa tradição que remete à Immanuel Kant, Georg Hegel, Ludwig Feuerbach e, finalmente, Karl Marx, se insere nos meandros das epistemologias da Psicologia enquanto uma epistemologia contra-hegemônica, uma vez que propõe sobre novos significados nos saberes e fazeres Psi, apresentando duplo tópicos: crítico e político (Furlan & Castro, 2021).

Nesse caminho, Lane (2011) defende a construção de uma psicologia que vá na contramão daquela que desconsidera o ser humano como produto da história e da sociedade, tendo em vista que isso faz da psicologia uma ciência ineficiente e reprodutora de ideologias dominantes. Para a autora, a psicologia deve considerar a infra e superestrutura social em que se forjam os sujeitos. Em suma, dois princípios que embasam uma Psicologia Social Crítica são: 1) uma teoria que se oriente a apontar os horizontes para a emancipação; e, 2) uma teoria que se oriente por um comportamento crítico do próprio conhecimento por ela produzido (Furlan & Castro, 2021).

No que se refere à Hermenêutica-dialética, tal proposta une os dois conceitos, sendo o primeiro proveniente da fenomenologia e, o segundo, do marxismo, com o intuito de se compreender os sentidos que estão imbuídos na linguagem dos sujeitos, considerando-se aspectos históricos, sociais e culturais (Minayo, 2014). Para a autora, a hermenêutica funda-se na compreensão, e se baseia em compreender textos neles mesmos (Minayo, 2014). De acordo com a autora, sobre Gadamer (1999), um dos maiores estudiosos acerca do assunto:

“ela é considerada [...] como um movimento abrangente e universal do pensamento humano. E é vista por esse autor, de forma mais ampla do que a que abrange a experiência científica e origina-se do processo de intersubjetividade e de objetivação humana. A compreensão, diz Gadamer, contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana – e no caso o pesquisador – de se colocar no lugar do outro (que é o ‘tu’ do passado, ou o ‘diferente de mim’ no presente, mas com o qual eu formo a humanidade)”. (Minayo, 2014, pag 328).

Em relação à dialética, que possui uma trajetória desde Sócrates até Marx, vamos, no presente estudo, analisá-la sob a ótica do último. De acordo com essa perspectiva, ela se constitui “num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações; processo incessante de busca e aprofundamento do conhecimento humano; movimento de encontro da coexistência da causalidade com formas mais complexas de interdependência, de reprodução e de passagem da

quantidade para a qualidade”. (Minayo, 2014). Ou seja, defende-se a dinamicidade da realidade, no qual o conhecimento é constituído por verdades relativas, oriundas de uma totalidade. Em suma, é o estudo da oposição das coisas entre si mesmas. (Minayo, 2014).

Considerando os dois conceitos supracitados, a proposta da hermenêutica-dialética surge, de acordo com Minayo (2014), com a primeira, que se atém à interpretação de textos, dos fatos históricos e do cotidiano, têm suas limitações compensadas pela dialética que “ao sublinhar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade.” (Minayo, 2014). A autora então conclui que ambas são importantes para a produção da racionalidade nos processos sociais e, conseqüentemente, nos processos de saúde-doença.

Dessa maneira, pensando na presente pesquisa, ao passo que contextualiza criticamente as questões relacionadas às esferas históricas e linguísticas, o método hermenêutico-dialético será de grande valia na presente pesquisa, que terá foco na atenção à saúde psicossocial.

5.1 Participantes e cenário de pesquisa

O presente trabalho teve como foco mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) da cidade de São Carlos. O CAPS AD III que foi o campo empírico da pesquisa possui cerca de 6.600 prontuários cadastrados, sendo 1.300 mulheres e 5.300 homens. O CAPS AD III constitui um importante componente de cuidado em saúde mental da RAPS para situações de uso prejudicial de SPA, com comorbidades psíquicas e físicas. O serviço deve funcionar de 2^a a 6^a das 7h às 17h para os cuidados previstos na rotina do atendimento psicossocial (acolhimento, grupos, oficinas, ambiência, assembleia de usuários, atendimentos individuais dos diversos núcleos profissionais que compõem a equipe).

Considerando o número de mulheres cadastradas no CAPS AD e o desenho proposto da pesquisa (qualitativo interpretativo), houve o recrutamento de 7 participantes. O número de participantes dependia do critério de saturação dos conteúdos, podendo ter sido alterado para mais ou para menos. O critério de saturação significa que conteúdos semelhantes relacionados aos objetivos da pesquisa passam a ser repetitivos a cada nova entrevista, este critério requer que a cada nova entrevista, a pesquisadora inicie uma leitura analítica do material, visando identificar possíveis conteúdos saturados, e em processo, decidir por manter o número previsto ou alterar.

Para participar da pesquisa alguns critérios deveriam ser preenchidos. Estes critérios são: I) estar sendo atendida no CAPS AD III; II) aceitar participar do estudo; III) estar em

condições físicas e psicológicas para participar de uma entrevista. Os critérios de exclusão desta pesquisa são: I) não aceitar participar do estudo; II) não estar em momento crítico de crise por abuso ou abstinência de SPA.

5.3 Procedimentos de divulgação da pesquisa e recrutamento das participantes

Esta etapa foi colocada em prática após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética da UFSCar, parecer 73177423.2.0000.5504. A divulgação ocorreu de forma virtual e presencial a partir de reunião com a coordenação de saúde mental do município e coordenação do CAPS AD III, na qual a proposta de pesquisa foi apresentada e houve solicitação de autorização para que o CAPS AD III fosse o campo empírico da pesquisa. Foi levada, pela pesquisadora, uma cópia do projeto e solicitada a divulgação no contexto da reunião semanal de equipe, e também, foi combinado formas de fazer a pesquisa chegar às participantes. Para isso, a pesquisadora explicou para a equipe qual era o perfil de participantes da pesquisa, o que auxiliou a identificar mulheres que se adequaram aos critérios de inclusão. Com esta informação, a equipe conseguiu sugerir um conjunto de possíveis participantes que foram convidadas, e para as quais a pesquisadora convidou para o estudo.

Sobre as formas de divulgação da pesquisa: foi elaborado um modelo de folder que foi distribuído para a equipe em formato digital e físico (impresso), e com anuência da equipe, o material impresso foi disponibilizado no banheiro feminino e consultórios do CAPS, para que o público alvo pudesse ter acesso. Tanto no folder quanto no email, além das informações sobre a pesquisa e o convite, há um link para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

Abaixo, o modelo do folder virtual/físico:

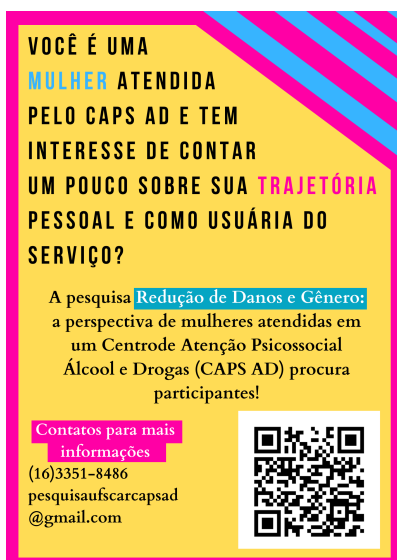


Imagem 1: modelo folder de divulgação do estudo

5.4 Instrumentos de pesquisa, formas de registro e análise dos dados

Considerando os objetivos da pesquisa, definiu-se um instrumento para a produção dos dados, sendo ele um roteiro semi-estruturado de entrevista, composto por 2 partes: um questionário socioeconômico (parte estruturada do roteiro – apêndice B) e uma parte semi-estruturada que guiará o momento da entrevista (apêndice C). As questões do roteiro visaram caracterizar as participantes e investigar a história de uso de SPA, as relações entre ser mulher e ser usuária de SPA, a história do tratamento no CAPS. As entrevistas tiveram duração prevista de 30 (trinta) minutos para cada participante, e foram compostas dos seguintes passos: I) rapport (momento de acolhimento), apresentação e esclarecimento de possíveis dúvidas acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que foi lido e assinado pela participante. O TCLE teve duas vias, uma que ficou com a participante e outra com a pesquisadora. Ambas contêm a assinatura da participante e da pesquisadora; II) realização da entrevista propriamente dita. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas em salas privativas do serviço de saúde, visando garantir liberdade de expressão, segurança e privacidade para a entrevista.

O registro da entrevista foi feito por gravação em áudio, com prévio consentimento da participante, e serviu para realizar a transcrição e a posterior análise dos dados. O registro em áudio das entrevistas foi realizado via aplicativo digital do celular da pesquisadora. Após a realização de cada entrevista, os áudios foram transferidos do celular para o computador pessoal da pesquisadora, e armazenados em pasta digital.

A análise dos dados foi feita a partir da Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Num primeiro momento, a pesquisadora fez leituras livres e flutuantes de cada entrevista transcrita, objetivando se familiarizar com o material e ser sensibilizada por possíveis sentidos do texto. Em seguida, a pesquisadora realizou uma leitura dirigida a partir dos objetivos da pesquisa, visando a identificação inicial dos núcleos de sentido para cada participante – esta etapa é chamada de análise vertical. Posteriormente, após concluir o procedimento com todas as entrevistas transcritas, houve a análise transversal do grupo, que consiste em organizar os núcleos de sentido semelhantes e diferentes, que permitirá a construção de categorias de análise.

5.5 Cuidados éticos

Essa pesquisa obedeceu a todas as exigências da pesquisa com seres humanos especificadas nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP UFSCar) via Plataforma Brasil, a aprovada sob parecer 73177423.2.0000.5504.

Resultados e Discussão

Para iniciar os resultados e discussão, é útil trazer a caracterização das sete mulheres que participaram do presente estudo, a fim de apresentá-las e facilitar a identificação e a leitura do material. Os principais dados sociodemográficos encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 1 - Caracterização das participantes

Participantes	Caracterização
P1	Mulher heterossexual e negra, de 32 anos. Realiza uso abusivo de cocaína e álcool. Nasceu e mora em São Carlos. É casada e mãe, e mora com o marido e os filhos. Identifica-se como crente. Possui ensino fundamental completo e atualmente encontra-se desempregada, mas é auxiliar de limpeza. Seu lazer é ir em praça e lugares que tem mato. Iniciou o tratamento no CAPSad no começo de 2024.
P2	Mulher heterossexual e branca, de 36 anos. Realiza uso abusivo de cocaína. Nasceu e mora em São Carlos. Encontra-se solteira, e é mãe de duas crianças. Mora, no mesmo terreno, com os filhos e os três irmãos. Não tem religião, mas frequenta esporadicamente a igreja evangélica. Possui ensino fundamental incompleto, tendo estudado até a terceira série e atualmente encontra-se desempregada, recebendo bolsa família. Seu lazer é ir com os filhos na pracinha. Iniciou o tratamento no CAPSad há três anos, sendo o motivo inicial manter a guarda dos filhos.

P3	Mulher heterossexual e negra, de 48 anos. Realiza o uso abusivo de cocaína. Nasceu e mora em São Carlos. Encontra-se solteira e sem filhos. Mora com os pais. Frequenta a igreja católica. Possui ensino médio completo e é aposentada pelo INSS, por ter tido câncer e também lúpus. Seu lazer é descansar. Iniciou o tratamento no CAPSad há dois anos.
P4	Mulher heterossexual e amarela, de 19 anos. Realiza o uso abusivo de cocaína. Nasceu e mora em São Carlos. Encontra-se solteira, e é mãe de duas crianças, uma falecida. Mora com a avó e os tios no mesmo terreno. Era católica, hoje frequenta a igreja universal. Possui o ensino médio completo e encontra-se desempregada. Seu lazer é escutar música e brincar com o primo de cinco anos no quintal. Começou a ser atendida no CAPSIJ, e depois da maioridade foi transferida para o CAPSad, há aproximadamente dois anos, quando frequentou por 3 ocasiões e parou. Foi re-acolhida em 2024, quando voltou a ir por decisão judicial, a fim de recuperar a guarda do filho.
P5	Mulher heterossexual e branca, de 44 anos. Realiza o uso abusivo de álcool. Nasceu e mora em São Carlos. Encontra-se casada, e é mãe de um adolescente. Mora com o marido e o filho. Frequenta a igreja católica. É professora, e possui ensino superior completo. Perdeu o emprego e teve de interromper a pós-graduação por conta do uso abusivo de SPA. Seu lazer é a companhia do marido e atividades artísticas, como pintura e artesanato. Iniciou o tratamento no CAPSad há dez anos.
P6	Mulher homossexual e branca, 29 anos. Realiza o uso abusivo de crack, e anteriormente de cocaína. Nasceu e mora em São Carlos. Encontra-se solteira e sem filhos. Mora com os pais e o irmão. Frequenta a igreja católica. Possui o ensino médio completo e encontra-se desempregada. Seu lazer é fazer atividade física, principalmente andar de bicicleta. Iniciou o tratamento no CAPSad em 2012.
P7	Mulher heterossexual e parda, 36 anos. Realiza o uso abusivo de cocaína. Nasceu e mora em São Carlos. Está em união estável e é mãe de quatro, sendo um adulto e três crianças. Mora com o marido, a sogra, o cunhado e o sobrinho na mesma casa. Se identifica como católica. Possui ensino fundamental incompleto, tendo estudado até a oitava série. É formada em manicure e pedicure no SENAC mas encontra-se desempregada. Seu lazer é fazer as atividades propostas no CAPSad, como andar de bicicleta. Iniciou o tratamento no CAPSad em 2018, parou por um período e foi re-acolhida em 2024, quando voltou a ir por decisão judicial, a fim de recuperar a guarda dos filhos.

A partir da análise dos dados coletados e considerando os objetivos estabelecidos para a presente pesquisa, quatro categorias analíticas foram delimitadas, sendo elas: **1. Os cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA; 2. O contexto de início e permanência de abuso de SPA; 3. Entrelaçamentos entre ser mulher e estar em abuso de SPA; 4. Práticas de Redução de Danos.** Cada uma das categorias contém em si diferentes núcleos e subnúcleos de sentido que objetivaram abarcar as temáticas analisadas de maneira mais completa.

Quadro 2 - Categorias analíticas e respectivos núcleos de sentido

Categorias analíticas	Núcleos de sentido
1. Os cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA	1.1 - Lógica de cuidado no CAPSad pela perspectiva das participantes
	1.2 - Acolhimento inicial no CAPSad
	1.3 - O cuidado fora do CAPSad
2. Contexto de início e permanência de abuso de SPA	2.1 - Primeiros contatos: contextos de socialização e curiosidades
	2.2 - Vulnerabilidades
	2.3 - Efeitos emocionais e sensoriais de estar em dependência de SPA
	2.4 - Rede de apoio
3. Entrelaçamentos entre ser mulher e estar em abuso de SPA	3.1 - A dialética do papel materno
	3.2 - Exploração sexual e violência urbana
	3.3 - Masculinidades no contexto de uso de SPA
4 - Práticas de Redução de Danos	4.1 - Redução de danos ofertada pelo serviço

O quadro 1 representa as categorias analíticas e seus respectivos núcleos de sentido, falando brevemente acerca dos significados de cada categoria: a Categoria **1. Os cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA**, diz respeito a como se dá, na perspectiva das participantes, tudo o que envolve o cuidado recebido durante o tratamento no CAPSad e também fora dele, desde o acolhimento inicial até experiências em outros serviços; a Categoria **2. Contexto de início e permanência de abuso de SPA**, reúne os fatores tanto do início do uso de SPA pelas participantes, quanto da permanência do abuso de SPA, fatores estes que dizem respeito à socialização, vulnerabilidades, efeitos emocionais e físicos e também a atuação da rede de apoio. Já a Categoria **3. Entrelaçamentos entre ser mulher e estar em abuso de SPA**, engloba os aspectos singulares da experiência feminina em intersecção com estar em situação de uso abusivo de SPA, desde a maternidade, experiências de abandono, cuidado e violência, relações com masculinidades em seus relacionamentos com homens e o papel essencializante feminino, reproduzido em suas falas, acerca da responsabilização feminina apesar do uso abusivo de SPA. Por fim, a Categoria **4. Práticas de Redução de Danos**, aborda as formas pelas quais as

participantes apreendem, ou não, as práticas de Redução de Danos no contexto mais institucional, em seu tratamento no CAPSAd.

Após essa breve explanação acerca dos sentidos das Categorias de Análise, iremos apresentar a análise detalhada de cada categoria.

1. OS CUIDADOS PARA PESSOAS EM USO PREJUDICIAL DE SPA

Quadro 3 - Categoria 1, respectivos núcleos de sentido e subnúcleos

CATEGORIA ANALÍTICA	NÚCLEOS DE SENTIDO	SUBNÚCLEOS
1. Os cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA	1.1 - Lógica de cuidado no CAPSAd pela perspectiva das participantes	1.1.1 - CAPSAd como espaço de acolhimento e reconhecimento
		1.1.2 - CAPSAd visto como numa lógica de confinamento, perda de autonomia e má orientação da equipe
	1.2 - Acolhimento inicial no CAPSAd	1.2.1 - Início do tratamento compulsório
		1.2.2 - Início do tratamento não compulsório
	1.3 - O cuidado fora do CAPS ad	

A reflexão das participantes acerca de suas experiências no serviço do CAPSAd, enquanto em tratamento de uso abusivo de substância, foi o ponto de partida para o entendimento dos cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA. Evidenciou-se que tal cuidado se expressa em três modalidades predominantes, que se referem à lógica de cuidado no serviço, o acolhimento inicial e, também, o cuidado percebido em locais de atendimento que não são o CAPSAd. Cada modalidade é composta por especificidades que foram trazidas pelas participantes, que serão esmiuçadas a seguir.

I.1 - Lógica de cuidado no CAPSAd pela perspectiva das participantes

A partir de vivências aparentemente contraditórias, as participantes trouxeram experiências diversas acerca da lógica de cuidado presente no CAPSAd, sendo possível captar a dicotomia existente na lógica de cuidado exercida no serviço. Os relatos das participantes trazem um dos aspectos evidenciados no que tange ao cuidado oferecido, tal como o que se segue:

“E eu tava sozinha, não tinha ninguém. Não podia contar com ninguém. E aqui eu tive pessoas que quiseram me ajudar [...] bom, ótimo. São pessoas muito... muito centradas no que faz, e procura deixar a gente bastante

seguro no que a gente vai falar e no que a gente precisa”

(P1)

Esse excerto explicita uma situação na qual a paciente se viu ajudada pela equipe do serviço, ao passo que estava sozinha para encarar os desafios relativos ao uso abusivo de substância. P1 identifica os profissionais da saúde tanto numa postura de “acolhimento” pelo senso comum, ao relatar que “aqui eu tive pessoas que quiseram me ajudar”, como num papel de técnicos competentes, no trecho “são pessoas muito... muito centradas no que faz”. Essa dupla acepção do cuidado, explicitado pela participante, se relaciona com o acolhimento em saúde, definido como uma postura técnica que visa identificar de forma ampliada e integral às necessidades de saúde de cada pessoa, e ofertar cuidado humanizado, elementos imprescindíveis no trabalho em saúde mental, em especial com pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas (Brasil, 2006). Este relato aponta que o CAPSad possui práticas que se alinham à política de humanização dos atendimentos no âmbito do SUS e o que é previsto como modelo de atenção psicossocial de acordo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006) que diz respeito a como se dá a dinâmica das relações entre trabalhadores da saúde com os usuários (Carvalho et al, 2008).

Outra participante também traz uma experiência no mesmo sentido:

“Muito bem, eu me sinto muito bem aqui por que, eles te tratam de igual pra igual né? Então é diferente de outros lugares que as pessoas sabe que se você usa droga é tratamento diferente.” (P6)

Nesse trecho, além do acolhimento, observa-se também elementos que evidenciam uma experiência de reconhecimento, ao trazer que é tratada de “igual para igual”, mesmo sendo usuária de substância, o que não acontece em locais que, de acordo com a participante, operam a partir do preconceito no que tange ao cuidado em saúde. De acordo com a teoria do reconhecimento social, proposta por Axel Honneth (2003), as “relações consigo mesmo não são um assunto de um ego solitário que reflete sobre si, mas resultado de um processo ‘intersubjetivo’ contínuo, no qual a atitude com relação a si emerge no encontro com outra atitude em relação a si”. (Honneth, 2003) Ou seja, é preciso do outro, do reconhecimento do outro, para que relações positivas que dizem respeito a si mesmo emergjam, a compreensão de si enquanto sujeito de valor e de direitos é inseparável do olhar do outro e da experiência segura de reconhecimento. É imprescindível notar a importância das experiências de reconhecimento no que tange ao cuidado em saúde mental, ao passo que, socialmente, a pessoa em abuso de substância, ainda mais as mulheres, são vistas de maneira desumanizante, como é trazido por

outra participante: *‘‘Ah, as vezes eu não me sinto uma pessoa, sabe? Às vezes eu penso que eu tô sobrevivendo, não vivendo. Tô nessa vibe assim’’. (P6)*

Essa perspectiva social afeta sua percepção positiva sobre si e diz respeito ao não reconhecimento, o que leva a perda de autoconfiança, autorrespeito e autoestima, considerando que estes surgem como consequências de relações nas quais os sujeitos se experimentam com o status de ser alvo de preocupação de outros (Honneth, 2003). Por isso, a experiência trazida, nas entrevistas, de acolhimento e reconhecimento no ambiente do CAPSad é fundamental para as pacientes em uso abusivo de substância, tanto para o cuidado em saúde, quanto numa perspectiva de dignidade social. Em contraponto às experiências de acolhimento e reconhecimento, há evidências, nas entrevistas com as participantes, do contrário ao exposto até agora em relação à lógica de cuidado demonstrada pelo CAPSad, como podemos observar no relato de P4: *‘Eu vim, eu tive duas consultas... numa que tinha uma oficina. Ai depois eu vim de novo, aí essa doida tentou me internar.’ (P4)*

Nesse primeiro trecho do relato, se evidencia o núcleo central de sua experiência adversa no CAPSad: uma tentativa de internação compulsória. Na época a paciente estava em processo de luto pela perda de sua filha bebê, e encontrava-se em abstinência e em reacolhimento pelo serviço. O episódio da morte de sua filha é trazido pela participante:

‘‘Foi em 2022. Morreu normal. Tipo nesse dia eu nem tava usando droga. Eu dei o mamá pra ela, fiz ela arrotar, coloquei ela de lado. Só que nisso tava passando aquele filme lá do cara da jaula, do houdini, que saia. Daí eu falei ‘vou assistir o filme’. E eu acabei dormindo. Ai meu marido também não estava usando. Meu ex marido. Já tinha parado, ele internado no Salvador’ saiu de lá tava sem usar. Ai, ele foi se arrumar pra trabalhar e falou ‘a Pâmela não tá se mexendo’.’ (P4)

Na sua experiência, ela evidencia que "cair no sono" foi um fator determinante para que ela acabasse se descuidando da filha. O ex-marido, ao perceber a bebê sem sinais de vida, alertou a participante:

‘‘Aí nisso eu fui mexer nela, eu vi que ela tava afogada. Aí foi, nós ligô pro bombeiro, fez tudo os negócio. Aí o bombeiro falou ‘leva ela na UPA urgentemente’’. Foi onde que eu até invadi a casa do vizinho do lado, por que, ele tinha carro, ‘me ajuda a salvar minha filha’’. Só que chegou no UPA, ela já tava sem oxigênio há mais de 3 minutos então não deu pra salvar. Ai ela acabou vindo a óbito. Mas foi por... não foi por... não foi por culpa da droga

¹ Nome fantasia dado para garantir o sigilo da identidade do Hospital Psiquiátrico.

em si. Foi por que ela se afagou realmente com o próprio vômito” (P4)

A situação descrita da morte da filha é reiterada pela paciente como não ter relação com o uso de substâncias psicoativas mas, sim, derivada do afogamento da filha com o próprio vômito, na situação em que a participante havia caído no sono. A origem da sua sonolência é desvendada posteriormente na entrevista, no momento no qual a participante fala sobre seu recolhimento.

“Eu fui atendida bem. Só que eles passaram um remédio pra eu parar de usar. E eu tava sem usar quando tava tomando remédio. Só que eu viquei no remédio! Ai que foi o problema. Que eu tomava um calmante e eu vi que eu não dormia, ai “ah vou tomar outro”. (P4)

Na sua experiência, ela evidencia estar em uso de um remédio prescrito pelo serviço, para a auxiliar na insônia. É possível perceber, a partir do relato, que o serviço não a orientou adequadamente acerca de como administrar o remédio, o que a levou a uma situação de superdosagem em diversas ocasiões, sendo uma delas:

“Só que eu não tava dormindo, ai fui tomando um atrás do outro. Fui tomando, fui tomando. Fui tomando. Ai na hora que deu o sono, meu pai não deixou eu dormir. Ele falou “cê tomou uma cartela de remédio, cê acha que vou deixar cê dormir? Cê dorme e não acorda menina”. E eu “to com sono”. Ai depois daquele dia eu fui tentar tomar o remédio certo de novo. Cabeu tomando a mais de novo. Ai toda vez que eu tentava tomar o remédio certo... tomava sempre a mais. Ai foi na onde que eu falei “ah não. Parar de tomar remedio”. Ai meu pai pegou meus remédio, jogou tudo fora, falou assim “ce quer parar de usar droga, vai parar de usar droga sozinha. Esses remédio vai te matar” (P4)

Nessa ocasião de superdosagem, a paciente foi auxiliada pelo seu pai, que chegou a descartar a medicação, ao comprovar o risco que a filha corria por conta do uso inadequado. A história segue: *“Acho que eu cheguei, eu tava chorando... acho que eu tinha tomado o remédio, ai comecei a chorar, chorar, chorar. Ai ela, ‘fiz a carta, a ambulância ta vindo, você vai pro hospital”. Ai eu falei “que loca” (P4)* A partir desse momento, é trazido o que foi citado inicialmente como a experiência adversa de tentativa de internação compulsória. Em situação de superdosagem da medicação, a paciente recorreu ao CAPSad e, de acordo com seu relato, se viu numa situação de subjugação pelas decisões dos profissionais. A respectiva profissional não a orientou acerca de seu consentimento sobre uma possível internação, e nem sobre os motivos que a justificariam. Segue o relato:

“Eu fugi na upa memo. Falei ‘Não, tá doida?!’, ‘tá maluca?!’. Aí passou. Aí foi dois mês depois que ela tentou me internar, não voltei mais, fiquei com medo. Fiquei com medo de pisar aqui e ela querer me mandar de novo, falei ‘ah não, tá amarrado’.” (P4)

A experiência demonstra que a paciente não vivenciou uma situação de acolhimento no serviço do CAPSad durante seu processo de luto pela morte da filha. A má orientação da equipe levou a uma experiência de perda de reconhecimento e autonomia, somada com uma experiência de confinamento, com a paciente chegando a perder o vínculo com o serviço. Esta só voltou a frequentar o CAPSad de maneira compulsória, para reaver a guarda de seu filho, tópico que tratarei mais adiante. A literatura indica que a vivência adversa da participante não é um caso isolado no que tange à política de saúde para mulheres consumidoras de SPA, ao passo que a invisibilidade de gênero é lugar comum (Bolzan, 2015).

Essa participante não foi a única que evidenciou o CAPSad como numa lógica em desacordo com os princípios de acolhimento e reconhecimento. Uma outra paciente relata: *“Ai eu fiz um acompanhamento, mas não era assim, tão acolhido assim. era outra coisa.” (P7)*. No seu caso, a experiência se dá numa comparação do CAPSad “antes e depois”, ao compartilhar que o serviço avançou em relação a cuidados e acolhimento, algo que não acontecia quando ela começou a frequentá-lo. Ela traz a fala de que “era outra coisa”, que é exemplificado em seguida:

“Ah, eu acho que tá bem diferente né? tem várias atividades que nem, por esses dias a gente pintou, a gente andou de bicicleta, a gente vai no computador. Sempre procurando alguma coisinha pra fazer pra distrair a cabeça, por que eu não acho que a melhor solução é só você ficar dormindo. Tá que nos primeiro dia, pra quem precisa é muito bom, você tomar um remédio, e dormir, descansar até o tempo da desintoxicação.” (P7)

Esse relato traz evidências de que atualmente, de acordo com a participante, o CAPSad se encontra com uma preocupação em oferecer atividades significativas para os usuários, em contraposição a achar que “a melhor solução é só você ficar dormindo”. Essa perspectiva está alinhada com as diretrizes acerca da humanização, e a participante capta muito bem o papel do serviço, e reconhece seus avanços ao passo que se percebe como mais acolhida e reconhecida atualmente. É interessante reparar a relação deste relato com o da paciente anterior, que compartilhou sua experiência justamente com superdosagem de uma medicação prescrita para

dormir. Um aspecto que pode ter contribuído para uma percepção positiva do serviço atualmente é explicitado no seguinte trecho:

“Cê sabe por que eu já tinha melhorado um pouco antes de vir aqui? Por que eles já tavam fazendo visita lá pra mim. Todas as vezes que eles chegavam, eu tava lá, quietinha em casa, de tarde. E aí eles sentavam lá na sala, a gente conversava. Tanto o Jeferson², quanto a moça do conselho tutelar dali da UPA. Então a gente já tava nesse... ela falou pra mim, ela falou ‘eu sei que você tá melhorando muito, eu sei’. Só que ainda não tava frequentando aqui. Tava melhorando, mas em casa, sabe? Aí eu comecei a vim.” (P7)

Neste excerto, a paciente relata ter recebido visitas domiciliares da equipe. A visita domiciliar feita pela equipe profissional aos usuários é uma das modalidades de atendimento realizadas dentro do SUS pelas equipes da atenção primária em saúde, de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, desde 2008, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que objetivam aumentar a resolutividade e a abrangência dos cuidados ofertados pela ESF (Mattos et al, 2022). Essas ações prevêm o auxílio para pacientes que estão com dificuldade de frequentar o serviço, e garante seu vínculo e também auxilia no matriciamento .

P7 ter recebido a visita domiciliar foi determinante para manter sua conexão com o CAPSad e posterior retomada, o que evidencia a postura atual dos profissionais em acolher e reconhecer os usuários. É importante frisar que, apesar de este ser um relato isolado no rol das entrevistas, ou seja, a visita domiciliar ser uma exceção, e não uma regra, enquanto estive em campo empírico, por diversas ocasiões presenciei as equipes de referência indo realizar visitas domiciliares enquanto profissionais de referência. Então, apesar de ter aparecido apenas uma vez nas entrevistas, a visita domiciliar não é uma estratégia incomum no caso do CAPSad que foi nosso cenário empírico de pesquisa.

Como explicitado no início do tópico, o CAPSad é representado, pelas pacientes entrevistadas, como um serviço com múltiplas representações, sendo a mais proeminente, aquela que vê o serviço como um espaço de acolhimento e reconhecimento. Entretanto, não se deve ignorar as experiências adversas que foram evidenciadas. Estas devem ser consideradas e utilizadas como guia para um planejamento de cuidado que considere as especificidades de gênero, a fim de que relatos positivos acerca do serviço não só se mantenham, como aumentem.

² Nome fantasia dado para assegurar o sigilo do profissional.

1.2 - Acolhimento inicial no CAPSad

Experiências acerca do acolhimento inicial no CAPSad, ou seja, à chegada das participantes ao serviço, estiveram presentes no relato das participantes. Por meio destas vivências, é possível captar tanto os determinantes que as levaram até o CAPSad, como a maneira que o serviço lida com essa demanda. A esse respeito, uma participante traz:

“Ah eu vim por que eu... minha mãe que viu. E aí ela que me ofereceu essa oportunidade, por que eu falei pra ela que eu tava me viciando e tudo, e a gente achou essa alternativa. E aí eu comecei a fazer o tratamento.” (P6)

Sendo a única entrevistada que encontrava-se então em uso diário de SPA, sendo o crack sua substância de preferência, e inclusive realizando o uso na rua, o tratamento no CAPSad, de acordo com ela, é visto como uma “alternativa” e uma “oportunidade”, e não como uma imposição ou obrigação. A mesma participante já havia trazido, no tópico anterior, que “não se sente uma pessoa”, por conta de ser uma mulher em uso abusivo de SPA. É, então, muito importante destacar que essa perspectiva acerca do CAPSad, oferecida pela paciente, vai de acordo com os preceitos acerca do cuidado integral em saúde e humanização. Também, o serviço é encarado como uma referência de cuidado, a ponto de ser recomendado por alguém de confiança. É valorizada, então, a autonomia tanto do usuário quanto da família, que assumem papel ativo frente ao seu percurso no tratamento. Uma outra entrevistada traz um relato no mesmo sentido: *“Ah, então. Minha irmã, minha irmã trabalha no, na área da saúde, aí ela falou. E aí um dia eu vim. Eu vim por que eu quis.” (P5)*

Essa participante, usuária de álcool e em abstinência na época da entrevista, também se configura como exceção, tal qual a anterior, porém, no âmbito da educação formal: é a única com curso superior, e trabalhava como professora, e teve de abandonar a pós-graduação por conta do uso abusivo de SPA. Nesse caso, é interessante reparar que a irmã P5 trabalha na área da saúde e recomendou o CAPSad, o que também representa a confiança no serviço. E, tal como a participante anterior, a autonomia de decisão é mantida, ao passo que o usuário que escolhe começar a frequentar o serviço e iniciar seu tratamento, exemplificada pela fala “eu vim por que eu quis”.

Os relatos de P5 e P6 evidenciam casos de chegadas não compulsórias ao serviço, ou seja, iniciaram seu tratamento em relação ao uso abusivo de SPA por vontade própria. Como foi possível de ser observado, há elementos nas falas que indicam uma confiabilidade no CAPSad por parte dessas duas mulheres, além de uma perspectiva de liberdade e autonomia frente a sua

escolha de realizar o tratamento. Em contraposição a isso, há vivências que vão de encontro ao que foi trazido, como traz uma outra participante:

“Na verdade o Conselho. Quando sai da clínica, aí a clínica falou ‘você tem que fazer o tratamento no CAPS se não você perde as crianças’. Aí o conselho foi em casa e falou ‘Se você não fizer o tratamento com os médicos e não continuar com os remédio e a psicóloga, a gente toma as crianças de você’.” (P2)

Neste excerto, a participante, que é mãe de duas crianças e se encontrava em diminuição do uso de cocaína, relata a situação de quando saiu de uma internação compulsória em uma clínica. Tanto “a clínica” quanto “o conselho tutelar” a advertiram, de que, se ela não iniciasse o tratamento, ela perderia a guarda dos filhos. A participante que foi alvo de tentativa de internação compulsória, discutida no tópico anterior, também relata fato semelhante:

“Não, eu não trabalho, por causa que eu, até ia começar um teste, mas como eu tenho problema no coração, tem que passar em cardiologista, agora vou por o DIU, tem que passar nas consultas do DIU. Ai tô tendo que vir aqui no CAPS.” (P4)

Ao trazer sua situação laboral e seu acompanhamento no serviço, P4 relata “tô tendo que vir aqui no CAPS”, sua fala traz elementos de como se deu a situação inicial de seu acolhimento, que foi marcado pela via da compulsoriedade e da não-autonomia. O relato segue:

“Porque por conta de eu usar no passado, hoje em dia meu filho foi pra casa de acolhimento e a guarda nem vai voltar pra mim, vai voltar pra minha tia. O juiz já deixou bem claro, que pra voltar pra mim vai passar de 3 a 5 anos. Então vai demorar muito!” (P4)

A fim de poder reaver a guarda do filho, a participante iniciou o tratamento no CAPSad. Esses dois relatos, que evidenciam um início compulsório do tratamento, indicam que a consciência de si enquanto pessoa em uso prejudicial de SPA é seguida não por uma tomada de autonomia frente a sua vida e ao serviço, mas sim enquanto culpabilização e obrigatoriedade de frequentá-lo, para poder reaver ou manter a guarda dos filhos. No caso dessa participante, pelo que acompanhei dela em campo empírico, estava bastante desmotivada para participar das atividades ofertadas pelo CAPSad. Participei, inclusive, de um grupo de discussão sobre Redução de Danos com ela e em nenhum momento ela se engajou na discussão, e ficou aliviada quando a atividade terminou. Entretanto, é necessário considerar múltiplos fatores para esse comportamento de não engajamento, para além da chegada compulsória ao serviço, como, por exemplo: o ambiente majoritariamente

masculino, com todos os outros participantes sendo homens, inclusive o profissional psicólogo. Um outro detalhe é que no mesmo horário deveria ocorrer o grupo de mulheres, porém este não foi realizado tanto por falta de um profissional para guiá-lo, quanto pela falta de participantes. Importante destacar que, enquanto as mulheres adictas enfrentam os dilemas suscitados pela maternidade nessa situação, essa não é uma questão para os homens que frequentam o serviço.

Um outro relato também paradigmático acerca dos malefícios do início compulsório do tratamento é trazido por outra participante, a mesma que havia comparado o CAPSad “antes e depois”:

“E quando eu recebi o papel do juiz que minha filha... se eu não fizesse o tratamento, a minha filha ia ficar... eu tava de 7 meses e meio, quase pra 8. Eu pirei. Aí que eu não fui mesmo. Nem no último pré natal de janeiro, eu não fui. Eu falei “eu não vou ficar com a minha filha mesmo, não vou fazer”. (P7)

Nesse caso, também está presente, como nos relatos anteriores, uma situação de coerção para que se iniciasse o tratamento no CAPSad. A constatação da possibilidade de perda da filha em função da não frequentar o serviço, levou a uma situação de desengajamento da entrevistada com a própria gravidez, demonstrada pela manutenção do uso de substância e a não continuidade do pré-natal. É sabido que, para mulheres em uso abusivo de SPA, ser gestante é um período delicado, perpassado por inúmeras dificuldades, tanto pessoais quanto sociais. É preocupante, então, que sua fala traga elementos de invisibilização das especificidades do cuidado com mulheres gestantes e em abuso de SPA (Peters et al, 2020).

Apesar das experiências positivas das pacientes que chegaram ao serviço pela via da autonomia, não é possível encarar os relatos acerca do início compulsório do tratamento como secundários. É notória a violência que subjaz a imposição de um tratamento, justificado pela a garantia do “bem estar” da pessoa, da família e da comunidade. Tal perspectiva alinha-se à lógica proibicionista e, conseqüentemente, vai de encontro aos preceitos estabelecidos para o cuidado humanizado em saúde mental. Essa postura leva a uma participação não-ativa e desengajada no serviço, além de também demonstrar uma desarticulação da rede de saúde mental com o Conselho Tutelar, no caso das pacientes que são mães, ao passo que, de acordo com os relatos, este não considera as especificidades de sofrimento de mulheres em uso abusivo de substância, e encara a maternidade nessas

circunstâncias como algo a ser continuamente patologizado. Trataremos mais detalhadamente da relação das participantes com a maternidade mais adiante, em outro tópico.

I.3 - O cuidado fora do CAPSAd

As participantes trazem, em seus relatos, experiências de cuidado que vivenciaram em outros serviços para além do CAPSAd. A partir de suas falas, a lógica de cuidado em locais distintos é evidenciada, sendo possível analisar as aproximações e desencontros em relação tanto à prática exercida no CAPSAd, como a política nacional de humanização em saúde (PNH). Uma participante, a esse respeito, compartilha:

“Fui passar na psicóloga a primeira vez, ela sentou aqui, e eu lá na outra esquina. E aí eu fiquei muito chateada, falei, o atendimento é assim? Você procurando ajuda, a pessoa tão longe. E aí eu fui mais perto dela pra entregar o papel, e ela não, pode ficar aí, eu pego...” (P1)

A participante, que é uma mulher negra, moradora da periferia, auxiliar de limpeza e usuária de cocaína que, inclusive, havia passado por uma recaída no final de semana anterior à entrevista, traz o relato acima. Nele, se evidencia não apenas uma falta de preparo da profissional de psicologia que a atendeu, mas, sobretudo, uma postura desumanizante.

Tal postura se alinha a uma lógica que não está de acordo com os preceitos da PNH, que deveriam ser métodos e dispositivos aplicados desde 2003 no âmbito de atendimento do SUS, a fim de efetivar os princípios do último (Ministério da Saúde, 2003). Para contextualizar, é importante falar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no qual a PNH encontra terreno de aplicabilidade. A RAPS se constitui como uma articulação de serviços que visam atender a população no âmbito da saúde mental, que contém, para além dos CAPSAd, as Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Hospitais Gerais, dentre outros serviços (Ministério da Saúde, 2011).

Essa participante é a mesma que trouxe, no primeiro tópico, que o CAPSAd foi o lugar que encontrou apoio no momento em que estava sozinha, em decorrência do uso abusivo de substância. Sobre isso, ela complementa:

“Cê não é tratado como um estranho, cê vem aqui, cê é bem acolhido. Eles se preocupam com... você chega eles conversa, fala oi. Achei muito incrível que eu queria um abraço, parece que a Paula³ sentiu e veio me abraçar [...]”

³ Nome fantasia dado para assegurar o sigilo da profissional.

então, é uma coisa que você não espera, né?”
(P1)

A experiência supracitada caracteriza-se como um contraponto a uma lógica desumanizante em relação ao cuidado. Ao passo que a profissional do CAPSad a abraçou, enquanto a psicóloga de outro serviço a afastou, cria-se, de acordo com a participante, uma situação inesperada e surpreendente, em comparação com o atendimento que experienciou anteriormente.

Para além dessa experiência de violência no âmbito do cuidado em saúde mental, outras participantes trouxeram, também, experiências em outros locais. A participante citada no tópico passado, que é usuária de álcool e professora, relata:

“Por que eu que decido. Lá não, eu era obrigada. Tem coisa que eu não aceito. Eu não gosto muito de tomar remédio. Fui internada 5 vezes, 3 dias no Bairros⁴ [...] Péssimo.” **(P5)**

Neste relato, a participante traz evidências de violência durante a internação em um hospital psiquiátrico. Nele, a entrevistada relata que passou pela obrigatoriedade do tratamento, e o não respeito pelas suas escolhas, exemplificado na medicalização sem seu consentimento. Seu caso não é uma exceção. Dados de 2017 apontam que as denúncias de maus-tratos em clínicas psiquiátricas subiram 49%, em relação à 2015 (Ministério dos Direitos Humanos, 2017). Tais práticas além de criminosas, vão de encontro com o preconizado pelo PNH, e caracterizam-se como reprodutoras da lógica manicomial que está longe de desaparecer a despeito da efetivação da reforma psiquiátrica, que ainda está em curso.

Uma outra participante traz um relato ambíguo acerca de sua experiência em outro serviço: *“E na comunidade terapêutica eu gostei, mas tive que sair, porque me apaixonei lá dentro, e não pode.”* **(P6)**

Este relato nos leva a algumas reflexões a partir da impressão acerca do internamento em uma Comunidade Terapêutica pela paciente. As Comunidades Terapêuticas (CTs) surgiram no Brasil na década de 1960, e caracterizam-se como serviços destinados à garantia do tratamento para pessoas em uso abusivo de SPA (Barreto, 2024). O trecho acima traz uma situação na qual a participante compartilha que “gostou” do tratamento oferecido pela CT, porém “teve de sair” pois se apaixonou, e “não pode”. A primeira vista, o desligamento da paciente do serviço pode parecer uma medida aceitável, considerando que houve o “desrespeito” às regras determinadas.

⁴ Nome fantasia dado para assegurar o sigilo do Hospital Psiquiátrico.

Entretanto, essa situação é um exemplo de um modelo de cuidado que, como traz Vasconcelos et al (2018), gera dependência e negação da pessoa como “sujeito autônomo” (Vasconcelos et al., 2018, p. 373), ao passo que estudos indicam que a maioria dos serviços de CTs, para além de pautar-se na defesa da abstinência sexual enquanto tratamento, defendem a posição de que a homossexualidade é um comportamento desviante (Barreto, 2024). Por contar com práticas baseadas em tratamento moral e regime disciplinar, destaca-se o antagonismo dos modelos de CTs em relação aos preceitos da Reforma Psiquiátrica (Barreto, 2024).

Considerando nossa discussão, até aqui, acerca de modelos de cuidado pautados na humanização e promoção da autonomia e reconhecimento, é imprescindível que haja a defesa intransigente de um modelo de cuidado pautado na humanização e promoção da autonomia para as pessoas em uso abusivo de substância. O tratamento oferecido pelo CAPSad, como visto, é reconhecido pela maioria das entrevistadas como positivo, e há indicativos da presença de práticas mais alinhadas com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, em relação aos tratamentos em outros serviços que foram relatados nas entrevistas. Entretanto, como já dito também, as experiências negativas não devem ser ignoradas, e é necessário o avanço no cuidado específico para o público alvo de nosso estudo: mulheres. Estas que, perpassadas por inúmeras intersecções de opressões, devem encontrar nos serviços de atendimento em saúde mental práticas que se alinhem com a emancipação, e não com o aprisionamento.

2. CONTEXTO DE INÍCIO E PERMANÊNCIA DE ABUSO DE SPA

Quadro 4 - Categoria 2, respectivo núcleo de sentido e subnúcleos

CATEGORIA ANALÍTICA	NÚCLEOS DE SENTIDO	SUBNÚCLEOS
2. Contexto de início e permanência de abuso de SPA	2.1. Primeiros contatos: contextos de socialização e curiosidades	
	2.2. Vulnerabilidades	2.2.1. Situações de vulnerabilidade emocional
		2.2.2. Dependência de SPA e comorbidades psíquicas
		2.2.3. Vulnerabilidade de gênero
		2.2.4. Vulnerabilidade familiar

	2.3. Efeitos emocionais e sensoriais de estar em dependência de SPA	
	2.4. Rede de apoio	2.4.1. Suporte emocional e material
		2.4.2. Consequências do uso abusivo de SPA para a rede de apoio

No presente estudo, a partir das entrevistas das participantes atendidas no CAPSad, foi possível observar como se deu o contexto de início de uso e permanência de abuso de substâncias psicoativas. Há evidências de que tanto os primeiros contatos quanto a manutenção do uso e posteriormente o abuso se relacionam com vulnerabilidades de diferentes ordens perpassadas pelas participantes durante seu histórico de vida. Também, foi visto que os efeitos emocionais e sensoriais relatados acerca do abuso de SPA e a maneira como se constitui e se articula a rede de apoio das pacientes são fatores que também influenciam na origem e atualidade de seus comportamentos.

2.1. Primeiros contatos: contextos de socialização e curiosidades

O início do uso de SPA entre as participantes variou em relação aos motivos apresentados, entretanto, convergências foram evidenciadas. Estas serão trazidas para que possamos analisar as diferentes experiências de cada uma em relação aos primeiros contatos com o uso de substância, o que é essencial para entender o posterior comportamento de uso abusivo. Para começar, segue um trecho na qual a participante P4, a mesma que passou pela tentativa de internação compulsória relatada na primeira categoria, compartilha: *“Eu comecei com quinze anos. Ai... não, com quatorze, eu ia fazer quinze em dezembro. Eu cabulei aula. Ai eu fui pro Gonzaga cabular aula. Ai eu tava com umas amiga que elas já usavam. E eu não sabia o que que era.” (P4)* Esse trecho indica que a participante iniciou o uso em sua adolescência, em meados de seu aniversário de quinze anos, ao “cabular” aula da escola com amigas que a apresentaram a substância. Porém, os motivos de seu uso, que permanecem obscuros, são explicitados a seguir na entrevista: *“Pra querer ser popular. Eu era nerdona. Ai não tinha amigo, que não sei o que tem. Ai me juntei com as menina do fundo da sala, loirinha, do olhinho claro, bonitinha, todo mundo era amigo dela. Ai já veio falar ‘vamo cabular aula’. Nunca que eu tinha cabulado!” (P4)*

A participante traz que, no contexto da sua adolescência, houve o fator da “popularidade” relacionado com o início do uso, considerando que era “nerdona” e “queria ser popular”. Para atingir esse fim, fez amizade com as meninas “loirinha, do olhinho claro, bonitinha” que possuíam o status de populares entre os colegas. Sendo uma mulher asiática, que se auto identificou como amarela na entrevista, P4 traz uma importante perspectiva racial, ao passo que caracteriza que as meninas “bonitinhas” e bem quistas pelos colegas seriam as loiras de olho claro. E, para além disso, também fornece evidências de que o início de seu uso se relacionou com contextos de socialização durante a adolescência.

Entendida como uma etapa inerente do desenvolvimento humano, foi a partir do século XX que a adolescência começou a ser estudada pela psicologia, a partir das elaborações de Stanley Hall (Bock, 2007) e, posteriormente, de Erickson (1976). Ambos os autores caracterizam a adolescência como um período “natural”, ao darem pouca ênfase para seu desenvolvimento histórico. Entretanto, é possível e necessário considerar a perspectiva sócio-histórica acerca da adolescência, a partir da qual esse fenômeno pode ser encarado como “uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento” (Bock, 2007). Então, a pergunta a ser feita não é “o que é a adolescência”, mas, sim, como se constituiu historicamente este período de desenvolvimento” (Bock, 2007). Relacionado a isso, P7, que viveu uma experiência adversa com o Conselho Tutelar enquanto estava gestante, citada na primeira categoria, conta:

“Que nem, por exemplo, a primeira vez que me chamaram pra mim usa, quando eu tinha 14 anos, quando eu completei 14 anos, me chamaram pra usar e eu não quis. Eu olhei e eu falei “não, não pode. É errado”. Só que eu achava que, que eu ia usar aquele dia, e que... era legal vai. E vai que eu parava” (P7)

Observamos elementos importantes para compreender os motivos do início do uso na adolescência, ao considerar as especificidades sócio históricas desse período. Primeiro, o contexto de socialização é evidente, tal como no caso de P4, já citado anteriormente, ao passo que “chamaram ela” para usar. Essa fala denota uma não responsabilização pela escolha de usar SPA, vinculada à pressão grupal, característica desta etapa do desenvolvimento como observada nos relatos das participantes. Também, mesmo com a perspectiva de que “era errado”, que fez a participante inicialmente negar o uso, há sinais de um desejo pela experimentação e curiosidade, em “era legal vai. E vai que eu parava”. Nesse ponto,

observa-se, por parte de P7, a não compreensão dos riscos associados ao uso de SPA. Os motivos para isso são esclarecidos na entrevista: *“Porque eu comecei a usar porque eu... sabia que era errado. Eu tinha essa imagem de que usar droga era errado. Porque minha mãe trabalhou a vida inteira, então a minha mãe não conversava muito comigo. Eu escutava isso na escola! De que era errado e de que não podia. Eu tinha essa visão” (P7)* Nesse trecho, a participante associa a falta de orientação no ambiente familiar, associado à figura materna, com o início do uso de substância. Também traz que ‘sabia que era errado’ realizar o uso de SPA, a partir da perspectiva fornecida pelo ambiente escolar. Tem-se aí uma aparente contradição, ao passo que, ao mesmo tempo, há uma falta de instrução por parte da figura materna, a presença da ‘educação’ acerca das drogas no ambiente escolar. A esse respeito, pode-se dizer que a abordagem proibicionista ofertada pela escola, a qual é relatada por P7, não foi suficiente para que ela realizasse o uso de SPA com maior segurança, o que denuncia uma ineficiência das políticas públicas pautadas na guerra às drogas em relação à conscientização da população, em especial, os jovens (Rocha, 2013). Estes que, a partir do entendimento construído pelas entrevistas, encontram-se em um período de experimentação, algo que é relatado pela participante ao continuar falando sobre os motivos de iniciar o uso de drogas na adolescência: *“De curiosidade. Curiosidade. Todo mundo que usa droga é curioso.” (P7)*

P6, que na categoria anterior trouxe o relato sobre as CTs, possui uma história com elementos em comum com as outras participantes acerca do início do uso de SPA:

“Eu tinha 17 anos quando eu comecei. Por curiosidade mesmo. Usei, mas assim me viciar mesmo, aí eu já não tive controle já [...] Alguém ofereceu pra mim” (P6)

É possível notar, como dito, uma convergência entre as participantes citadas acerca dos motivos do início do uso de SPA, sendo os contextos de socialização na adolescência e a curiosidade os fatores motivadores. A literatura indica que diversos fatores se relacionam ao fenômeno de uso abusivo de SPA na adolescência, tais como aspectos sócio-históricos, como a crescente urbanização; crises econômicas e consequente dificuldade de inserção da juventude no mercado de trabalho e, também, fatores sócio-demográficos e histórico familiar de adicção (Cavalcante et al, 2008). A vivência destes fatores de risco serão tratados mais adiante no tópico acerca de vulnerabilidades.

Para além do início do uso na adolescência, observou-se também, evidências de início do uso ocorrido em outras fases: *“Eu experimentei e gostei. Eu fiquei pra balada. Separei do meu casamento e fui viver... Tava solteira e tava querendo se enturmar; se... Andando pelas baladas.” (P1)* Essa participante, a mesma que vivenciou a experiência violenta no atendimento psicológico, iniciou o uso de maneira “tardia”. Para ela, a substância cumpriu um papel de socialização, em um momento crítico de mudança que estava passando em sua vida pessoal, quando se separou do marido. Somado a isso, ela ter “experimentado e gostado” é uma fala que se alinha tanto à perspectiva já falada acerca da curiosidade, quanto à Política de Redução de Danos, ao passo que expõe a característica “positiva” do uso de substâncias. A visão de P1, nesse sentido, também é coerente com o objetivo do tratamento no CAPSad, que não visa eliminar o uso de substância da vida do sujeito ou impor uma visão culpabilizadora acerca do uso de drogas, mas, sim, auxiliar para que o uso aconteça de maneira menos prejudicial.

Os fatores mencionados acerca do início do uso de SPA pelas participantes não são descolados da realidade material a qual essas mulheres pertenceram e pertencem. O uso abusivo de substâncias é multideterminado, e não deve ser encarado em uma perspectiva reducionista. É importante considerar as vulnerabilidades que essas mulheres enfrentaram ao longo de sua história e que, de acordo com elas, influenciou o comportamento de uso abusivo de substâncias, após o seu início. Trataremos disso no tópico seguinte.

2.2. Vulnerabilidades

Foi identificado, através das entrevistas, que as participantes em uso abusivo de SPA se inserem em diferentes contextos de vulnerabilidades, que influenciam tanto no início como na permanência do uso abusivo de substância. Para tratar sobre, iniciaremos com o relato fornecido por uma delas: *“Eu quando comecei a usar droga eu tinha 17 anos. Eu tinha perdido a minha mãe, a minha mãe morreu com câncer. Então, meu pai não conheci. Ele morreu de infarte. E de lá para cá eu vim andando sozinha.” (P2)*

P2 ficou órfã com 17 anos. No mesmo trecho, ela cita acerca de uma experiência de vulnerabilidade emocional, e relaciona a morte dos genitores com o fato de “vir andando sozinha” desde estes acontecimentos. Tal qual as participantes anteriores, ela também iniciou o uso na adolescência, atrelado com esse contexto crítico emocionalmente, o qual compartilha com mais detalhes: *‘É sofrido, né... por que assim, a minha irmã vivia nas droga, e assim, não tinha quem cuidava dos filhos dela e a minha mãe ela batia ni mim. Ela obrigava eu a criar o filho da minha irmã. Então eu não tinha liberdade.’ (P2)*

A participante traz a história de sua infância, antes de se tornar órfã, na qual sofreu violência por parte da mãe, num contexto de exposição familiar ao uso de SPA. Para além disso, também traz a obrigatoriedade que passou para criar o filho da irmã, mesmo sendo menor de idade. O relato segue: *“Por que assim, a minha irmã viveu muitos anos no crack, então eu tenho um exemplo dentro da minha casa. E ela gostava de usar sabe? Ela vivia pra rua, tinha um filho atrás do outro, não queria saber de nada”*. (P2)

Há evidências, de acordo com o relato da participante, de que a sua irmã foi um modelo para que ela iniciasse o uso de substâncias, somado com situações críticas na infância:

“E a minha infância também não foi uma infância maravilhosa. Devido a situação da minha mãe, minha mãe judiava muito de mim, batia ni mim. Fazia eu sair com os outro na marra pra manter ela, pra dar dinheiro pra ela. Então tenho um trauma na infância também, né? Ela abusava de mim também um pouco. E eu quero mudar tudo isso por que eu não quero que meus filho passe por isso.” (P2)

Ela não detalha qual seria a “situação de sua mãe”, que a fez a agredir e prostituir, porém, a partir do trecho “pra dar dinheiro pra ela”, infere-se motivos financeiros, o que indica uma família pobre, em vulnerabilidade socioeconômica. Aliado a isso, há elementos, na história da participante, que evidenciam uma responsabilização que viveu desde a infância por parte de sua família. Essa responsabilização feminina se relaciona com a vulnerabilidade de gênero, ao demandar que meninas apresentem rígidos comportamentos de cuidado que não são exigidos, em geral, dos meninos, além da violação de seus direitos e de sua autonomia, como foi o caso da participante 2.

Importante destacar que em nenhum momento a paciente citou contextos protetivos para fora da família, como a escola ou alguma outra pessoa ou instituição de confiança, que poderia, durante sua infância e adolescência, ter auxiliado na garantia de seus direitos e a protegido do contexto de vulnerabilidade familiar e emocional. Isso demonstra a vulnerabilidade programática a qual a participante foi atravessada, que se relaciona a violência estrutural e, por sua vez, às desigualdades sociais que desencadeiam a violência interpessoal. Também, diz respeito à falta de equidade de recursos na área da proteção social, o qual tornam-se insuficientes para a garantia de direitos (Barbiani, 2016).

Além disso, a literatura indica que a exposição a contextos de vulnerabilidade familiar, a qual o uso de SPA está presente, pode ser um fator de risco para o desenvolvimento. É relatado que o uso parental da substância é um marcador substancial para a disfunção familiar (Campelo et al, 2018). Uma outra participante traz um relato no mesmo sentido: *“Minha mãe já foi internada por aqui. Ela é alcoólatra desde quando me conheço por gente.” (P1)*

Neste excerto, a entrevistada afirma que a mãe é usuária de álcool desde que esta *“se conhece por gente”*. Em seguida, ela traz: *“Ela bebe todo dia. Ai chega de final de semana ela ultrapassa, ela briga, ela surta.” (P1)*

A difícil relação com sua mãe é compartilhado por P1, quando diz que, quando bebe, a genitora *“briga e surta”*. Para além de indicar uma situação de vulnerabilidade familiar, também há indícios de vulnerabilidade emocional. Interessante reparar que essa participante em questão é mãe e, apesar dela não ter compartilhado muito acerca da relação com seus filhos, ela também é usuária abusiva de álcool, tal como sua mãe, indicando uma vulnerabilidade familiar transgeracional, ao passo que não só ela foi exposta na infância, mas seus filhos também.

Para além do uso abusivo de substâncias a vulnerabilidade emocional e familiar também foram relacionados a outros fatores, nos relatos das participantes:

“Deus mostra pra mim, tanto eu acordada, como dormino. E aí eu contei pra ele. Falei ‘mor, meu irmão vai falecer. Sonhei que meu irmão morreu’. Até de noite, que foi de noite que meu irmão morreu, igualzinho no sonho, que a polícia tinha matado meu irmão, ele numa maca, de noite, e a família toda em volta dele, falando ‘a polícia matou o Paulo, a polícia matou o paulo”. E a polícia matou meu irmão. Assim como matou o pai do meu filho, matou meu irmão há 6 anos atrás também” (P7)

Esse trecho traz a história em que P7 relata uma situação de violência policial, esta que se relaciona com a vulnerabilidade programática e social. Seu irmão, tal qual o pai de seu filho mais velho, ambos usuários de SPA, foram assassinados pela polícia. É sabido que a polícia do Brasil, especialmente a polícia de São Paulo, é a que mais mata (Bienert, 2015). Somado com o discurso proibicionista, pessoas em uso de SPA, são alvos letais na

abordagem criminal em relação às drogas. Tal perspectiva está desalinhada com a política institucional de Redução de Danos, que enxerga a questão das drogas como pertencente ao âmbito da saúde e do direito (De Paula, 2022).

Essas situações de vulnerabilidade social e programática, como as trazidas pela participante, constroem a vulnerabilidade individual, que se vê cerceada frente violências institucionalizadas (Campos et al, 2017). Em outro trecho, ela relata o com mais detalhes a morte do marido e a conseqüente exposição a violência que enfrentou:

‘‘Cê entendeu? E eu fiquei... eu perdi ele com 21 ano de idade, ele tinha 20, sabe? Um menino novo, bonito, com tudo pela frente. E, ninguém chegou ni mim e falou o que tinha acontecido. As pessoas chego em mim e falo ‘‘coloca no jornal.’’ (P7)

A publicização da violência também é um fenômeno que a participante traz. É comum vermos exposição midiática de tragicidades em programas policiais e a naturalização da violação de direitos dos sujeitos pré julgados como criminosos, numa suposta guerra do ‘‘bem contra o mal’’ (Amaral e Swatek, 2020), um outro trecho do relato explicita essa situação: *‘‘Mas assim, é que eu não vi ele caído, coberto. Eu não vi a câmara pegando de longe. Eu vi ele agonizando dentro da viatura com 3 tiros. Por que tacaram ele lá no fundo, fecharam, e... o pessoal do jornal ficou gravando ele bem de perto.’’ (P7)*

Os impactos pessoais, conseqüências dessa violência, são relatados por P7: *‘‘Quando meu irmão faleceu, foi o tempo que eu comecei a beber, entendeu?’’ (P7)*

As situações citadas, de violência institucional e programática, geraram danos emocionais para a participante, que relaciona esse contexto com o início do uso abusivo de álcool e, para além disso:

‘‘E aí, eu tive uma depressão, mudei pra cá com a minha mãe, e chegou aqui, depois de um tempo, eu dei uma melhorada, mas depois eu vim, veio a depressão, né? Quando eu comecei a tentar sair, me divertir. Por que isso daí demorou tempo. Demorou quase, né, um bom tempo pra eu começar a seguir com a minha vida. Uns 2 ano, 3 anos aqui. Quando a gente tava morando aqui, e aí eu comecei a sair um pouquinho. Mas eu, veio a

depressão, e junto veio a síndrome do pânico.”

(P7)

A paciente relata já ter passado por episódios depressivos, que se relacionam com as perdas trágicas que enfrentou ao longo de sua vida. Em relação a vulnerabilidades, dependência de SPA e comorbidades psíquicas, a literatura oferece evidências de que o uso problemático de drogas é elevado entre pessoas com quadros clínicos psicopatológicos (Clark et al., 2008; Katz et al. 2012) e que essa associação pode trazer prejuízos ao funcionamento individual e agravamento dos sintomas (Torrens et al., 2012). Outra participante traz um relato nesse sentido: *“Eu era professora, até que eu tive um surto, que eu tenho transtorno de personalidade também. E devido isso eu faço uso de substância.”* **(P5)**

Inicialmente, ela refere o uso de substâncias relacionado diretamente ao seu transtorno de personalidade, que é borderline, porém, avançando na entrevista, a participante fornece mais detalhes sobre o início do seu uso:

“Foi, por que eu tinha perdido... que eu sempre morei com as minhas tinas, meus pais faleceram cedo e eu fui criada por elas, elas me mimaram muito, sempre fui muito mimada. Tive sempre tudo que eu quis, não posso falar que foi por negação, muito pelo contrário foi pelo excesso. E quando eu as perdi, foi um baque muito grande pra mim. Então assim, foi pelo excesso, e não suportar a perda e ter que mudar de vida de uma hora pra outra.” **(P5)**

De acordo com P5, o seu uso de SPA se relaciona com vulnerabilidades emocionais. Como a outra participante, esta também se tornou órfã na juventude, sendo criada por outros parentes. Apesar de um contexto mais protetivo, o impacto das violências que sofreu, por conta do preconceito que sofreu pelo seu pai ter falecido em decorrência do HIV, a impactaram, o que desencadeou o início de seu transtorno mental e, posteriormente, o uso abusivo de álcool:

“E o vírus HIV tava explodindo, né? O preconceito era muito grande. E meu pai faleceu... fazia 14 anos que meus pais eram separados. E meu pai faleceu do vírus. Ele era um comerciante de renome na cidade, e a bomba explodiu, e eu sofri muito preconceito e bullying. E aí começou a

minha depressão. Dois anos depois foi minha mãe que faleceu de infarto fulminante, e aí começou toda a minha trajetória de depressão etc, transtorno de personalidade e tudo mais.” (P5)

Com base nos relatos das participantes, é possível observar o impacto que as vulnerabilidades que estas atravessaram e atravessam tem no início e continuidade do uso de SPA. Ao trazerem histórias que contém elementos de violência, machismo, preconceito e abandono, evidencia-se a relação das situações adversas passadas com a situação atual do uso abusivo de drogas, este que, frente a dificuldades, surge inicialmente como uma estratégia de manejo emocional, até a “perda do controle”, representada pelo uso abusivo. O uso e a dependência de SPA propicia efeitos emocionais e sensoriais específicos, que trataremos no próximo tópico. No caso do atendimento a mulheres em uso abusivo de substância, torna-se imprescindível considerar os múltiplos fatores de vulnerabilização das pacientes, a fim de garantir o acesso a um tratamento que abarque as especificidades destas mulheres, considerando suas trajetórias de vida.

2.3. Efeitos emocionais e sensoriais de estar em dependência de SPA

Estar em dependência de substâncias é uma situação complexa, que diz respeito a inúmeros âmbitos da vida dos sujeitos. Nas entrevistas, foi evidenciado os efeitos emocionais e sensoriais suscitados pela dependência de drogas, como relata uma participante:

“Cê planeja tudo pra fazer ‘ah, vou pegar o pagamento, fazer isso, fazer aquilo’. Só que como você já tá viciado, você pensa ‘vou pegar só um’. Aí você dá o primeiro ‘ah, vou pegar só mais um’. Quando você vê, cê gastou tudo o dinheiro e não fez nada do que precisava. Aí acaba o dinheiro, acaba a droga, e você fica pensando ‘nossa que merda, de novo’. Aí você fica mais triste ainda. Aí que você mais usa mesmo! Por que você tá triste...” (P4)

P4 descreve os efeitos físicos de estar sob fissura, também chamada de *craving*, ao dizer que “planeja tudo pra fazer” com seu dinheiro mas que o fato de estar viciada em SPA faz com que você não consiga cumprir o que planejou. É sabido que o uso abusivo de SPA é um fator para inúmeros efeitos físicos e/ou psicológicos, sem excluir outros elementos que se interseccionam com o contexto de vida de cada sujeito. O ciclo de abstinência, por exemplo, no qual há uma redução dos níveis de dopamina, que levam a fissura, é algo comum na

experiência dos usuários de SPA (MJC, 2017) e é um elemento presente no relato da participante.

Podendo ser classificado como consequência à síndrome de abstinência, o *craving* é caracterizado pelo forte impulso em consumir determinada substância. Esse comportamento se relaciona com o desejo de repetir a experiência propiciada pela droga, em conexão com expectativas motivacionais subjetivas por um resultado positivo (Lappann et al, 2015). A partir do relato, observa-se sentimentos adversos, como tristeza, em relação ao uso abusivo de SPA, em decorrência da falta de controle causada pelo vício na substância. Outra participante traz um relato no mesmo sentido:

“Porque eu não era tão viciada na droga que nem agora. Eu não era tão viciada. Eu conheci a droga e não era tão descontrolada. Assim eu tinha, eu tinha um objetivo na vida... tipo, não, não, quando não conhecia a droga. Assim que eu conheci a droga, ela acabou com a minha vida”. (P2)

Ao relacionar ter “conhecido a droga” e, conseqüentemente, o descontrole acerca do uso, com a perda de objetivos na vida, P2 alega que o uso abusivo de SPA “acabou” com a sua vida. Dessa maneira, o uso abusivo de substância é encarado como um fator de sofrimento para a participante, tal como relata P4. Essa experiência encontra convergência em outra entrevista:

“Dissolveu. Ele dissolve. Dissolveu o meu emprego em primeiro lugar. Tava dissolvendo a minha família também. Meu filho já não tava aguentando mais. E eu tava me auto destruindo, né. Comecei a ter pensamento suicida, um monte de coisa.” (P5)

O potencial destruidor do uso abusivo de substância não é relacionado, por P4, ao efeito imediato da droga, mas, sim, pelo potencial de “dissolver” que o descontrole do uso causa, tal como traz uma outra paciente: *“Traz muito prejuízos, na dignidade principalmente, na confiança das pessoas ao redor. Às vezes eu não me sinto uma pessoa, sabe? Às vezes eu penso que eu tô sobrevivendo, não vivendo. To nessa vibe assim.” (P6)*

Ao dizer que o uso abusivo traz prejuízos na esfera da dignidade e na confiança das pessoas em relação a quem está em uso abusivo de substância, P6 traz uma dimensão social e emocional para a análise, para além da explicação fisiológica. É importante considerar o fenômeno de uso abusivo de SPA de uma perspectiva que se considere fatores para além do biológico, a fim de se obter uma perspectiva mais completa do fenômeno, ainda mais em

relação ao público alvo feminino, que possui especificidades que devem ser consideradas. A questão de gênero é indissociável da experiência de estar em abuso de SPA e, frente a essa realidade, outra participante relata: *“É ridículo quando vê uma mulher num buteco. Mas um homem no buteco é normal. Há muito julgamento ainda. O homem pode beber e sair rolando na calçada, a mulher tomou duas latinha...” (P5)*

P5 traz acerca da dificuldade que é ser vista enquanto alguém que é usuária de drogas, experiência cercada de julgamento. Enquanto para o homem é “normal” estar num boteco, e até mesmo “sair rolando na calçada”, a mulher defronta-se com julgamento, mesmo não tendo comportamentos vistos como exagerados, experiência em comum com vivências de P1: *“É mais fácil você ver um homem comprando, do que ver uma mulher. Cê é mais julgada [...] por que homem pode tudo, né.” (P1)*

As experiências das mulheres entrevistadas acerca de masculinidades em relação com o uso de SPA será tratado mais detalhadamente na próxima categoria. Porém, desde já é notória a função relevante que os papéis de gênero cumprem, na visão dessas mulheres, no contexto de uso abusivo de drogas (Cugler, 2018). Este que, como desenvolvido no presente tópico, relaciona-se com efeitos emocionais e sensoriais no âmbito fisiológico e, também, psicológico, não sendo possível delimitar uma linha divisória entre o “corpo” e a “mente”. As evidências corroboram que o fenômeno de drogadição deve ser entendido de maneira integral e não atomizada, para melhor suprir as demandas das mulheres nos atendimentos. A partir dessa perspectiva, é importante considerar que as “pessoas ao redor” das participantes constituem elemento essencial para a nossa análise, tal como atenta P6 no presente tópico. Trataremos disso a seguir.

2.4. Rede de apoio

A rede de apoio pode fornecer importante suporte emocional e material para a pessoa que se encontra em situação de uso abusivo de drogas, e, nesse caso, dificuldades relacionadas ao manejo da situação de abuso também são comuns. A importância do suporte fornecido por pessoas próximas, na visão das mulheres que foram entrevistadas, é evidenciado em suas falas: *“Minha vó me banca. (risadas)” (P4)*

Iniciaremos com a fala de P4. Esta, ao ser questionada sobre estar atuante no mercado de trabalho, traz o papel da avó como determinante para sua rede de apoio, ao passo que ela lhe supre financeiramente enquanto a paciente se encontra desempregada. O relato continua:

“Ai, não saio, minha vó não deixa. Depois que eu parei de usar droga minha vó cortou tudo minhas

amizades. Corto de sair. Por mais que eu tô onze meses sem usar, ela tem medo que eu saia e recaia. Então ela fala assim que pelo menos uns três, cino ano eu vo fica no regime fechado. Depois canta a semi aberta. Mas até eu ficar firme mesmo, ela prefere assim” (P4)

A participante, que era usuária abusiva de cocaína, traz a história da preocupação de sua avó, que constitui sua rede de apoio, em relação a uma possível recaída, sendo a estratégia adotada ‘ficar no regime fechado’, ou seja, sem sair de casa. Essa perspectiva vem de um horizonte de abstinência, no qual interromper o uso de substância seria visto como mais saudável e mais adequado, juntamente com a perda da autonomia. Entretanto, é possível compreender a perspectiva da avó, e que esta age acreditando que está ‘fazendo o melhor’ para a neta, esta que enfrentou inúmeros desafios durante a vida, tal como a perda precoce da mãe, que faleceu de COVID-19 durante a pandemia. A relação com sua mãe é esmiuçada em alguns trechos:

“Quando minha mãe era viva eu pegava o dinheiro dela. Eu chegava pra ela e inventava. Falava pra ela que eu tava devendo na biqueira. Coisa que eu não estava. Mas como eu sabia que minha mãe não ia deixar me bater, que ela já... ela tava tentando me salvar, né? só depois que eu fui perceber...” (P4)

A figura materna constituiu uma rede de apoio para a paciente, que estava em uso abusivo de cocaína e, também, demonstra as consequências do uso abusivo de SPA para a rede de apoio, neste caso, simbolizadas em furtos que a paciente realizava ao dinheiro da mãe. A história continua:

‘Falava ‘vo ali e já volto’. Depois de 5 dia eu voltava. Quando o dinheiro acabava, não tinha mais recurso. O corpo já estava cansado, pedindo cama, pedindo banho. Ai eu chegava, entrava no portão. Ai minha mãe ‘não fala nada em, não fala nada!’. Ai ela falava ‘vai tomar banho, vai comer e vai dormir’. Ai eu comia e dormia, depois que ela vinha xingando. Mas só que a minha mãe ela sempre foi uma pessoa boa. Então ela tinha muito bom coração. Ai por fim ela acabava me colocando de castigo, mas ela me liberava do castigo, por que eu falava ‘vou ali, já volto’. Ai ela ‘ce vai vorta memo?’ ‘confia’. Ai era onde que eu sumia mais 5 dia! “ (P4)

Ao relatar que “sumia por dias” e só retornava para casa quando não tinha mais “recurso”, e, diante disso, sua mãe buscava lhe amparar e impedir seu retorno às ruas, a história de P4 evidencia que uso abusivo de SPA configura desafios para a rede de apoio da pessoa nesta situação. Alinhado a isso, uma outra paciente relata, acerca da obtenção de recursos para realizar o uso de substância: *‘Eu fico assim pra ela, quando não tenho dinheiro ’ô mãe, dá dez reais mãe, dá dez reais mãe, só dez, é só hoje’. Mentira, todo dia é a mesma coisa.’ (P3)*

Tal como P4, a participante que forneceu este relato também traz a figura materna como central em sua rede de apoio, sendo também alvo de enganações e furtos, a fim de sustentar o uso abusivo de SPA. Entendida como uma rede de relações que permite o desenvolvimento humano e oferece apoio social e afetivo em momentos críticos, a rede de apoio é essencial para uma experiência humana saudável (Juliano e Yunes, 2014). No caso de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, a rede de suporte social mostra-se importante no tratamento (Cavalcante et al, 2012). Evidencia-se, nos relatos trazidos pelas participantes, que o uso abusivo de SPA configura desafios para a rede de pessoas nesta situação, em principal para as mães, enquanto a figura paterna se configura como ausente. Importante destacar que a rede de apoio não diz respeito apenas à família consanguínea, sendo que o papel de cuidado pode ser realizado por outras pessoas, tal como traz P3, em outro trecho: *‘Por que eu vou lá no lugar que vou pegar droga, eu vou com um gay.’ (P3)*

A participante, para além de citar a mãe como rede de apoio, traz acerca de seu amigo, “um gay”, que também é usuário de substâncias, e realiza o uso em conjunto com P3. Em seguida, ela oferece mais detalhes sobre a relação: *‘Eu finjo pro meu colega que eu não tenho dinheiro, pra eu não usar. E ele, ele vai, quando ele tem o dinheiro na mão, ele vai sem dó’ (P3)*

O amigo é descrito, pela participante, como impulsivo, ao passo que, quando ele tem “o dinheiro na mão, ele vai sem dó” comprar a droga, à altura da participante precisa “fingir que não tem dinheiro”, como uma tática para não usar SPA sob “influência” do amigo. Entretanto, um outro lado dele é mostrado por ela:

‘Mas só que ele ajuda com tudo na casa dele. Ajuda a cuidar dos vóio, do vô e da vô, e da mãe. Então eu falo assim, pessoa que não conhece ele, acha que ele não presta, que ele tá levando eu pra droga. Eu falo assim, pelo contrário, a gente tá conversando, um ta ajudando o outro.’ (P3)

Dessa maneira, o amigo assume um papel ambíguo. Ao mesmo tempo que é caracterizado por ela como impulsivo, ele também é visto como uma rede de apoio não só dela, mas, também de pessoas da família dele, apesar de ser um usuário abusivo de substâncias. Uma outra participante traz um relato parecido:

“Ele é o faz tudo dali do bairro. O que cê pedir ele faz, ele é formado em muita coisa. Inclusive quando eu tive a minha overdose no ano passado, eu cheguei a morrer em cima de uma overdose de olho aberto, perto dele, e se ele não tivesse perto de mim, eu não taria aqui hoje.” (P7)

P7 se refere ao marido como o “faz tudo” do bairro, além deste também constituir sua rede de apoio, inclusive tendo a salvado em uma overdose que ela enfrentou. Essa perspectiva trazida pelas participantes, do papel social cumprido, no caso de P3, pelo “amigo gay” e, no caso de P7, pelo marido, entra em contradição com o estigma, manicomial e proibicionista, que é relacionado a pessoa em uso abusivo de substância, sendo esta encarada como alguém causadora de “problemas”, mal adaptada socialmente. Dessa maneira, ambos assumem um papel ativo enquanto sujeitos autônomos, horizonte defendido pelo paradigma de redução de danos.

Como dito no presente tópico, o uso abusivo de SPA, de acordo com as entrevistas, gera consequências deletérias para a rede de apoio. No caso das participantes que são mães, há complexidades que devem ser consideradas, a fim de compreender melhor as vulnerabilidades enfrentadas por essas mulheres e, também, por seus filhos. Acerca disso, uma delas traz:

“Eu vou lá e uso, dou descarga, tacho dentro do vaso sanitário, descarto pros meus filho não acha. Por que se eu colocar no lixo as vezes eu esqueço e eles vai lá e mexe, já aconteceu! Meu filho falou que isso mamãe? (risos), é brincado? E eu falei ‘não é brincado não’, ele foi, derrubou o lixo, acabou virando o negócio, ele viu.” (P2)

Ao contar que realiza o uso de substâncias em casa com os filhos, P2 compartilha que tenta esconder as evidências para que as crianças não vejam, o que nem sempre funciona. Seus filhos, conseqüentemente, encontram-se expostos a um ambiente no qual há o uso abusivo de SPA por parte da figura materna, o que implica em vulnerabilidades para essas crianças. As conseqüências desse contexto são evidenciadas em seguida:

“É, ficar falando essa coisa que é feio, por que... outro dia ele olhou na cara de uma visita que veio em casa ‘a minha mãe usa pino’, nossa, fiquei sem graça. A muié falou, ‘que?’, e ele ‘a minha mãe usa pino, usa pó’, e eu falei ‘não fio, a mãe bebe de vez em quando uma cerveja’, ‘mentira, você usa pino’. Então aquilo acaba comigo sabe? Não quero que meu filho passe o que eu to passando.”
(P2)

É notória a influência sobre seu filho, ter uma mãe que realiza uso abusivo de SPA. Mesmo que o uso seja feito de maneira “escondida”, a fim de proteger as crianças, há o efeito negativo sobre seu filho, que acabou expondo a verdade da situação familiar para uma visita, mesmo com a reprimenda da figura materna. Entretanto, é preciso ressaltar que há mais elementos nessa história, que contribuem para a vulnerabilidade familiar na qual a participante está inserida com seus filhos: *“Eu tava com o pai da minha filha, só que por ele tá, assim, querendo me agredir [...] ele mostrou ser uma pessoa boa. Só que agora ele tá sendo agressivo. Inclusive a Clara⁵ me deu um papel pra mim fazer um boletim de ocorrência”* **(P2)**

A participante compartilha acerca da relação de violência doméstica que vive com o ex companheiro, pai de sua filha mais nova. Este, que “mostrou ser uma pessoa boa”, uma possível rede de apoio, agora demonstra agressividade contra P2, logo, caracteriza-se como um fator de risco, que impõe mais dificuldades para a participante. A situação foi corretamente manejada pela psicóloga, ao auxiliar na realização do boletim de ocorrência e, consequentemente, na proteção da participante. O relato segue:

“Já vou dar parte dele. Por que ele fica falando que vai me matar, e isso e aquilo, e ele tem arma, então.. to um pouco meio com medo dele [...] e ele já tentou me matar, ele me enforcou eu fiquei desacordada, quase morri. Então já vou dar parte pra ter a medida protetiva e não ter contato com ele” **(P2)**

O trecho evidencia situações de violência de gênero, ao passo que o ex -companheiro a ameaça de morte, e inclusive já realizou uma tentativa de homicídio contra P2. De maneira nenhuma a participante enfrenta um dilema individual: é sabido que, a nível global, uma em cada 3 mulheres, cerca de 736 milhões de pessoas, sofre violência (OMS, 2021). No Brasil, a taxa de feminicídio em 2023 aumentou 1,6% em relação à 2022. Em qualquer contexto, a

⁵ Nome fantasia dado para proteger a identidade da profissional.

violência é entendida como uma das principais dificuldades para que os direitos das mulheres e meninas sejam efetivados (Engel, 2020). Outra nuance envolvida na violência praticada pelo ex-parceiro é detalhada melhor a seguir: incide diretamente não só sobre P2 mas, também, sobre as crianças:

“Tanto que o Conselho foi na minha casa na segunda-feira ‘que tá acontecendo que o Mário⁶ tá indo lá infernizar lá falando isso?’. Até a foto ele tirou, pegou uns pino na rua, manipulando meu filho, deu na mão do meu filho, falou assim ‘ó, fala aí filho o que você acha dentro da casa da sua mãe, o que é que sua mãe usa?’ ‘cocaína, ó o pino da minha mãe’. Ele manipulando meu filho, ele filmou e mandou pro Conselho.” (P2)

Ao manipular, de acordo com P2, seu filho para que este a “denuncie” para o Conselho Tutelar, evidencia-se que a violência praticada pelo seu ex-parceiro incide diretamente não só sobre a participante mas, também, sobre as crianças. Até o momento, P2 aparenta viver num contexto muito desfavorável, sem nenhum apoio. Entretanto, novos elementos são revelados com o seguir da história sobre o ex-marido, que mostram mais detalhes acerca da rede de apoio da participante:

“Aí sorte minha foi que minha irmã desmentiu. Minha irmã falou assim ‘não, minha irmã usa? Ela usa. Mas quando ela usa as crianças ficam comigo. E ela não deixa a vista pras crianças pega. Depois que ela sai da brisa ela vai, toma o remédio. Quando eu vejo que ela tá bem, a aparência dela mudou, eu devolvo as criança. Mas de chegar nesse ponto dessa quantia de pino vazio, não é da minha irmã não’ “. (P2)

A irmã da participante aparece como uma rede de apoio, ao passo que a protege das acusações perpetradas pelo ex-companheiro. Também, ela se coloca como um suporte no cuidado das crianças, quando relata que “as crianças ficam comigo” quando P2 realiza o uso de SPA, e só as devolve quando “a aparência dela mudou. Esses comportamentos da irmã indicam preocupação com a proteção das crianças, pois visa não expô-las ao contexto de uso abusivo de substância realizada pela mãe. Mais detalhes sobre sua rede de apoio são relatados: “Mas ele só faz isso quando meu irmão não tá em casa [...] meu irmão falou pra

⁶ Nome fantasia dado para assegurar o sigilo do ex-companheiro.

ele ‘não vai ter terceira vez não. Ela vai atrás dos direitos dela da pensão’, por que ele não me ajuda.” (P2)

Nesse ponto, é mencionado o papel do irmão como rede de apoio tanto para a participante, quanto para as crianças. A desigualdade de gênero é notória, ao passo que o ex-marido “só faz isso quando o irmão não tá em casa”, denotando o papel de poder hierarquicamente superior que é dado a uma figura masculina, em detrimento de uma mulher. Para além disso, o pagamento da pensão é visto, pela participante, como uma “ajuda”, sendo que é o cumprimento legal do responsável paterno perante os filhos.

As evidências trazidas pelas participantes, neste tópico, acerca de sua rede de apoio, evidenciam a não linearidade e, sobretudo, a multiplicidade de determinações das relações estabelecidas no contexto de uso abusivo de SPA, o que influencia diretamente na continuidade do uso destas. Ora a rede de apoio cumpre seu papel social esperado, demonstrando-se protetiva; Ora há uma face que mostra as dificuldades. Estas, tanto referentes à difícil função de manejar um vínculo com uma pessoa em uso abusivo de SPA, em razão dos comportamentos referentes ao vício, como furtos e quebra de confiança; quanto ao aspecto demonstrado da violência que pode advir de relações que deveriam ser protetivas, como é o caso de P2.

Pensando no contexto do tratamento do CAPSad, é importante fazer algumas considerações. A literatura indica que, no âmbito da saúde, “além de favorecer a prevenção, o apoio social está relacionado à melhor adesão ao tratamento e menor quantidade de medicamentos necessários para a recuperação” (Cobb, 1976). Portanto, é imprescindível que, para pessoas em situação de uso abusivo de SPA, em especial as mulheres, haja uma rede de pessoas aptas a prestar suporte, buscando apoiar o processo de enfrentamento da dependência química e seus efeitos. Além dos serviços de saúde, como o CAPSad, as pessoas em uso prejudicial de SPA precisam de espaços cotidianos mais seguros, pois a fissura e o contexto de risco permanecem para fora dos momentos de cuidado na instituição.

3. ENTRELAÇAMENTOS ENTRE SER MULHER E ESTAR EM ABUSO DE SPA

Quadro 5 - Categoria 3, respectivo núcleo de sentido e subnúcleos

3. Entrelaçamentos entre ser mulher e estar em abuso de SPA	3.1. A dialética do papel materno	
	3.2. Violência urbana e exploração sexual	3.2.1. Violência urbana como agravante para condição feminina

		3.2.2. Corpo feminino como objeto de exploração sexual como fonte de recurso para obtenção de SPA
	3.3. Masculinidades no contexto de uso de SPA	

Nesta categoria, vamos abordar a complexidade da experiência de ser uma mulher em abuso de SPA, de acordo com os relatos das participantes. Essas vivências passam por situações que vão desde a maternidade, o contexto específico de uso sendo mulher, as relações que se efetivam com homens, considerando que a masculinidade também se torna um problema de interesse e, também, as implicações que se mantêm consigo e com os outros apesar do uso abusivo de SPA, que é uma característica feminina bem marcante, em contraste com comportamentos masculinos de desagregação e desresponsabilização. Ser mulher e estar em uso abusivo de substância configura especificidades que são importantes de serem evidenciadas.

3.1. A dialética do papel materno

Ser mãe e estar em uso abusivo de SPA impõe situações específicas que devem ser consideradas, ainda mais num serviço que busque atender adequadamente estas mulheres. Em relação às mulheres entrevistadas, a maternidade mostrou-se numa dialética: sentidos diversos e conflitantes, mas que se unem para formar caminhos em comum. Iniciaremos com o relato de uma das participantes: *“Então eu engravidei e parei de usar. Na verdade, parei de usar 2 meses antes. Aí eu descobri que eu tava grávida e falei ‘ai que não vou voltar a usar memo né?’ (P4)*

No caso de P4, a maternidade se mostrou como um fator que a fez interromper o uso de drogas. Sua experiência está de acordo com evidências de que a gestação caracteriza-se como um momento no qual a mulher em uso de SPA pode se encontrar mais motivada para diminuir ou cessar o uso, o que leva a diminuição das taxas de uso durante a gravidez (Tamaschiro, 2020). Essa participante, que na Categoria 1 compartilhou a história da morte acidental da filha, traz agora sobre a gravidez do seu segundo filho, que, no momento da entrevista, estava sob a guarda de sua tia:

“Eu descobri acho que em março de 2023. A gente terminou... quando eu descobri eu tava com 4 meses. Então a gente terminou acho que foi em janeiro, fevereiro. Que foi quando ele tentou me

matar! Ai eu 'não né, melhor não, né! Vamo fugir!'. Ai eu terminei com ele, por que eu falei 'ah, vou morre aqui qualquer hora por causa da brisa de um doido?'" (P4)

A história de sua segunda gravidez se intersecciona com um episódio de violência doméstica que passou, antes de descobrir que estava grávida. P4 foi vítima de violência doméstica por parte do ex-companheiro, quando este atentou contra sua vida. Para se proteger, ela fugiu. A história continua: *"Só que quando eu terminei, comecei a passar mal, vomitar, vomitar. Ai falei 'mas não to usando droga, como que eu to passando mal?'" (P4)*

“Passar mal”, no relato da participante, se relacionaria com o uso de substância, o qual ela havia parado desde que rompeu com o companheiro. O verdadeiro motivo do mal-estar é trazido em seguida:

'Ai eu 'o que tá acontecendo?!'. Ai eu fui no UPA e a moça falou 'tenho uma coisa muito séria pra te contar'. Ai falei 'pronto, tô com câncer!'. Por que do jeito que ela falou pra mim [...] uma coisa muito séria. Ai ela falou 'você tá calma? Quer senta, quer um copo de água?' Ai minha família cheia de problema de doença, falei 'ah, pronto. Tô com uma doença terminal aqui!'. Ai eu... ah... já comecei a chorar na hora, me tremi toda. 'Cê tá grávida', ai eu 'ah, é isso?! Nossa!' (risos)". (P4)

O episódio carrega um tom emocionante, no qual a participante achou que estava com câncer e, ao final, descobriu a gravidez. A notícia da maternidade, frente a possibilidade de uma doença grave, foi recebida com inicial alívio, ao passo que P4 relata sua reação *"ah, é isso?! Nossa! (risos)"*. Porém, há dificuldades envolvidas:

'Chorei de desespero, fiquei nervosa. Falei 'sem marido, terminei agora, ai que merda!'. O pai é um nóia, não dá nem pra cobrar pensão, por que não trabaia, esse desgraçado! Ai fiquei nervosa, mas perto do que eu estava imaginando, que eu ia morrer, que eu já estava em fase terminal... ai ela me levou lá pra maternidade. Ai fiquei 3 dias internada lá.'" (P4)

Esse trecho do relato trazido por P4 evidencia que seu desespero não foi pela notícia da gravidez em si. Mas, sim, pelo fato de que *"o pai é um nóia, não dá nem pra cobrar pensão"*, ou seja, seu desespero e nervosismo provém da previsão de uma situação difícil que iria passar com o pai de seu futuro filho, ao passo que ele não assumiria de maneira adequada

as responsabilidades parentais, por conta de estar em uso abusivo de SPA. Nesse ponto, é importante trazer uma perspectiva histórica para nossa análise de parentalidade.

A maternidade abarca inúmeros significados e implicações (Resende, 2017). De acordo com Ariés (1986), o percurso histórico, desde o período aristocrático até a constituição da família burguesa, levam a entender a maternidade, juntamente com os conceitos de família e infância, como construções sociais. Diante disso, historicamente o papel do homem é o de provedor, o de ser responsável pelo sustento financeiro da família, já para a mulher é atribuído o cuidado doméstico e dos filhos (Moreira et al, 2021). Interessante reparar que, no relato da participante, o fato do ex marido ser “um nóia” que não trabalha, prejudica seu papel socialmente esperado de “provedor”.

Considerando o fato da experiência materna ser socialmente construída, vê-se que a maternidade implica em dificuldades, ainda mais em mulheres em situação de uso abusivo de SPA. Uma participante traz um relato neste sentido: *“Porque quando eu tive o Pedro Henrique⁷, meu primeiro filho com ele, eu cuidei do meu filho no uso e na bebida. Nem por isso meu filho vivia sujo. A atenção não é a mesma, eu concordo. Mas ele não vivia sujo, ele não vivia jogado...” (P7)*

Evidencia-se a afirmação de P7 de que, mesmo estando em uso de SPA, foi uma boa mãe para seu filho, dentro de suas limitações. A participante detalha mais acerca de sua maternagem neste contexto:

“Eu me matava, eu fiquei pele e osso. Mas a atenção ali, a alimentação, a troca de fralda. Meu filho... nunca ninguém viu meu filho judiado. Não gritava, não batia. Ninguém escutava, todo mundo ali na rua elogiava, por que ninguém ao menos escutava um choro da criança na minha casa. E tem casa que você não aguenta, né? Nem na casa do vizinho.” (P7)

Neste trecho, evidencia-se a comparação que P7 faz entre o cuidado que teve com seus filhos, mesmo estando em uso abusivo de SPA, com o cuidado que pessoas “não dependentes” possuem com as crianças. Assim, a participante busca mostrar que não é por que realiza uso de drogas que isso a caracteriza como “menos mãe” ou que é mãe incapaz de cuidar de seus filhos. Pelo contrário, cumpre o papel materno tão bem quanto qualquer outra pessoa, e, de acordo com ela, até melhor. Seu relato continua:

⁷ Nome fantasia dado para proteger a identidade da criança.

“Porque a minha intenção era de eu me tratar e voltar daqui uns 2, 3 meses, pra poder pegar... quando eu tivesse bem mesmo, pra poder pegar meus filho de volta. Na minha casa, trabalhando, com a minha casa montada. Sabe? Eu não ia pegar meus filhos desestabilizada, cê é que você me entende.” (P7)

A responsabilidade em relação aos filhos é notória, ao passo que a participante planeja realizar o tratamento e “se estabilizar”, inclusive financeiramente e em questão de moradia, para poder reaver a guarda dos filhos. A paternidade, entretanto, se coloca de modo muito diverso. Quando frequentei, em algumas ocasiões, o grupo de Redução de Danos ofertado pelo serviço, este não possuía recorte de gênero previsto para a participação. Entretanto, nos encontros dos quais estive presente, todos os participantes eram homens, em nenhum momento eles falaram algo relacionado a seus filhos ou a suas companheiras. E, quando falavam, era num sentido de chamar as mulheres de “chatas” ao passo que estas cobram seu restabelecimento e responsabilização. Frente a isso, há elementos que sustentam a tese de que a maternidade pode ser encarada como um fator motivador para o início e o engajamento no tratamento no CAPSad. Entretanto, essa responsabilização pode assumir um polo oposto, em sua consequência: *“Por causa das crianças. O Matheus⁸ eu não consegui recreação.” (P2)*

Essa resposta foi dada a pergunta que eu fiz para P4 sobre o motivo dela não frequentar as atividades no serviço. E sua resposta foi relacionar sua ausência com o filho não estar frequentando a recreação, ou seja, não ter um local para “o deixar”. Sobre isso, ela traz mais detalhes:

“O Matheus? Nossa ele derruba aqui! Pergunta pro moço o que ele fez aqui, deixou eu louca e deixou eles ali louco. E taca o negócio pra cá, e taca pra lá [...] E ele é pesado. Ele vai fazer 6 anos. Ele é forte, não dá pra carregar ele com você, pedalar. To vindo de bicicleta, antes era o pai da Alice⁹ que trazia. Devido ao acontecimento que ele ta fazendo comigo então, eu prefiro vir de bicicleta. Mai quando eu vinha, eu vinha com as criança e ele segurava elas lá fora. Pra mim entra e passar pelo atendimento.” (P2)

⁸ Nome fantasia dado para proteger a identidade da criança.

⁹ Nome fantasia dado para proteger a identidade da criança.

De acordo com o relato da participante, há evidências de que o fato de ser a principal responsável pelos cuidados com o filho, prejudique seu tratamento. Porém, é necessário um olhar mais atento para a situação. Ao passo que a participante traz que o pai de sua filha “segurava” as crianças “lá fora”, e aí sim ela poderia ser atendida tranquilamente, nota-se uma falta de preparo do espaço para receber as crianças e, conseqüentemente, suas mães. Há elementos, em sua entrevista e, também, na minha experiência empírica no CAPSad, que indicam a falta de amparo adequado em relação a esse público. O local físico não contém um espaço adequado para as crianças ficarem, se limitando a uma pequena mesa com alguns livros, ao lado do local da ambiência, sendo monitoradas majoritariamente pelo assistente administrativo que ocupa a recepção. Isso é algo que P2 traz em seu relato, quando diz pra “perguntar pro moço o que ele (o filho) fez aqui”.

É importante frisar que o cuidado deveria ser coletivizado, para que assim suas mães pudessem frequentar o ambiente com maior assiduidade e qualidade, e as crianças não serem vistas como um empecilho para seu tratamento, algo que não acontece com os homens que são pais, que, como já dito neste tópico frequentam o serviço tranquilamente, e não há a responsabilização integral com os cuidados dos filhos. Essa situação prejudica e impede as mulheres de participarem dos grupos e da ambiência de uma maneira frequente, e, também, debilita o senso de pertencimento no serviço.

3.2. Violência urbana e exploração sexual

A questão das mulheres em uso abusivo de SPA se relaciona às problemáticas relativas à complexidade da cidade, em especial, a violência. Esta se expressa de maneiras específicas a depender do gênero, e acarreta vulnerabilidades importantes de serem analisadas. Nas entrevistas, isso se evidenciou, tal como traz uma das participantes:

“Eu passo assim, pego minhas coisa. Eu não gosto de usar com ninguém. Gosto de usar sozinha. Não uso na frente dos meus filho. E andar eu sozinha, gosto de andar sozinha. Eu vejo as pessoa assim na rua gritando, agressivo. Principalmente morador de rua, quando é morador de rua é mais difícil.” (P2)

Neste trecho, P2 relata que atualmente realiza o uso de SPA em casa, “gosto de usar sozinha”. Essa experiência é unânime entre o rol de participantes entrevistadas, sendo que apenas uma possui uma experiência distoante:

“Eu uso, uso todo dia. to usando todo dia. eu não queria, mas... eu fico em lugares, né? Fico na rua.

Fico em lugares cheio de usuários, né. A propensão de acontecer alguma coisa comigo é muito grande” (P6)

P6 foi a única a alegar, atualmente, que faz uso na rua, junto com outros usuários. Outra participante, entretanto, traz uma história de seu passado:

“Deus me tirou da rua, por que eu fiquei seis ano andando pra lá e pra cá, correndo risco de morrer se for ver, por que tem muita gente maldosa.” (P2)

Os relatos de P6 e P2 foram excepcionalidades na amostra das entrevistas, pois o resto das mulheres diz que faz o uso em casa. Esta atitude, de uso de SPA no âmbito doméstico, pode evidenciar tanto uma “vergonha” de se expor publicamente enquanto mulher e usuária de drogas, quanto uma proteção do contexto violento das ruas, como diz P2 sobre a agressividade de moradores de rua que encontra pela cidade, tese reforçada por P6. De acordo com um levantamento realizado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) em 2022 houve o registro de 236.000 pessoas, 1 em cada mil, vivendo em situação de rua, em 64% dos municípios brasileiros (MDHC, 2022).

Também, a população de rua é majoritariamente masculina, sendo composta 87% de homens negros, estes que são alvo de violação de direitos humanos, através de inúmeros tipos de violência (MDHC, 2022). Apesar dos homens se encontrarem em vulnerabilidade programática, por serem os maiores alvos de violência, entende-se que, por se tratar de um ambiente com maior percentual de homens, as mulheres também estão implicadas em vulnerabilidade nesse contexto, ao se considerar a violência de gênero, já discutida neste trabalho. Relacionado a isso, a violência não se restringe a idade adulta:

“Mas pra mulher arrasta mais. Porque tem muitas menina que se prostitui. Tem gente que... homens, quando são vagabundos, preferem roubar, traficar, acabam sendo presos. Meninas também são usadas como cobaia, por que falam assim, tem muitos menino ‘ó se você levar esses 3 pacote não sei pra onde, 5 pino é seu.’ Então tem o risco delas, enquanto ta no caminho ser abordada por uma polícia e ir pra cadeia, mas ela pensa o que? ‘vo lá, se eu agir natural ninguém vai desconfiar, ainda pego meus 5 pino e boa’.” (P4)

P4 traz o relato que denuncia o aliciamento de menores, que ocorreu consigo na adolescência. Ela alega ter sido usada como “cobaia” por “meninos”, que oferecem drogas

em troca do transporte de SPA. De acordo com ela, a situação das meninas é pior em todos os casos, ainda mais quando o uso durante a infância e adolescência, pois estão mais suscetíveis a essas manipulações vindas do tráfico. Além disso, a participante também comenta acerca da prostituição, ao dizer que “tem muitas menina que se prostituí”. Sobre isso, cabe lembrar a história de P2, que foi citada na Categoria 2, que foi vítima de exploração sexual por parte da mãe, que a prostituía por motivos financeiros. Em outro trecho, essa participante relata: *“Tem muita gente maldosa, cê vai fazer um programa... não paga, acaba agredindo as muié, matando.” (P2)*

Na vida adulta, P2 realizou programas, e compartilha situações violentas pelas quais passou, com “gente maldosa” que perpetua violência contra as mulheres. O relato continua:

“Eu quero esquecer o passado. Por que também não era aquela coisa assim boa, cê entendeu? Eu fiquei seis ano na adicção, andando na avenida, vendendo meu corpo pra manter meu vício. Contra a minha vontade, e assim, a gente não tá fazendo por prazer, a gente tá fazendo por querer a droga. Então... eu quero tirar isso da minha vida um pouco também, sabe?” (P2)

As já citadas vulnerabilidades de gênero ficam explícitas nesse trecho, com a participante relatando que esteve em situação de rua por seis anos, se prostituindo para manter o vício. Ela explicita que esses comportamentos se relacionam com o uso abusivo de substância, e não por prazer ou uma escolha autônoma. A violência urbana e a exploração sexual configuram-se, de acordo com as evidências trazidas, como uma questão marcante no tocante ao uso abusivo de SPA, principalmente ao público alvo feminino, este transpassado pelas problemáticas que concernem às desigualdades de gênero. Como foi trazido neste tópico, os homens também se inserem no uso abusivo de SPA, e as implicações disso em relação às mulheres serão discutidas a seguir.

3.3. Masculinidades no contexto de uso de SPA

Nos relatos trazidos pelas participantes, foi comum observar a dinâmica de relacionamento com homens que também realizam o uso de drogas. Estas relações, que se dão tanto no âmbito romântico quanto na esfera familiar e também em amizades, constituem um fator importante para analisar as determinações acerca de ser mulher e ser usuária abusiva de SPA. Iniciaremos com o relato de uma das participantes:

“Ah, meu irmão era pior viu. O meu irmão era atentado. Era policia, era gente que queria matar ele [...] pra policia pegar ele tinha que ir de viatura pra pegar ele, por que ele dava trabaio. Então tem bastante homem que é desacreditado” (P2)

O trecho evidencia o caráter “atentado” da masculinidade expressada pelo irmão da participante, ao relatar situações como perseguição policial e ameaças de morte. Ela conclui com a percepção de que “bastante homem” é desacreditado, denotando uma extrapolação para além da experiência de seu irmão. O relato continua:

“Tem nada, os homens não tem medo de nada não. As muié sim mas os homi não. Os homi é mais desacreditado. É mais apetitoso. O meu irmão era o bicho quando ele usava droga. Eu via ele como um bicho, dava até medo.” (P2)

É evidenciado, de acordo com P2, a agressividade que é expressada pelo sujeito em uso abusivo de SPA, com o medo que sentia do irmão quando este usava droga, pois virava “um bicho”. A participante realiza uma comparação com mulheres que fazem uso abusivo de SPA, caracterizando estas como com mais medo em relação a figuras masculinas, ao passo que o homem é “corajoso” e a mulher é “covarde”. Esta perspectiva também aparece na fala de outra participante: *“Mulher acho que é mais vulnerável, mais frágil, eu acho, nesse sentido. Homem já não, homem já é forte assim, né? Sentimental, essas coisas. Mulher já não. Eu no meu caso, já não... sou bem vulnerável, sou bem frágil.” (P6)*

Tal como P2, P6 faz uma comparação entre homens e mulheres no que tange ao uso abusivo de SPA. De acordo com ela, mulher é “mais frágil” e homem “já é forte”, e termina dizendo que ela se vê como frágil. As falas das participantes remetem a uma essencialização e naturalização dos comportamentos entendidos como masculinos e femininos, e estão alinhadas com as expectativas culturais relacionadas aos papéis de gênero. Entretanto, ao considerar a perspectiva do atual trabalho, não é possível assumir um fenômeno como naturalmente dado, mas, sim, como uma construção social, inclusive os papéis de gênero (Fávero, 2010). Alinhado a isso, outra participante compartilha:

“Acho que o prejuízo é maior pra mulher, porque o homem não aguenta tanto. A mulher chega a aguentar mais. Porque meu sogro, ele era alcoólatra, né. Ele é. Mas ele parou do nada. Um belo dia ele foi no médico, o médico falou que ele tava com cirrose. Ele chegou em casa, mas ele bebia 4 litros de pinga por dia. Ele parou. Tem

*festa na casa dele, tem tudo, ele não bebe nada.
 Mas sem remédio, sem tratamento, sem psicólogo.
 Sem nada, do nada ele parou.” (P5)*

P5 traz a situação de seu sogro, que era alcoólatra e, ao saber que estava com cirrose em consequência do uso abusivo da substância, “parou do nada de beber”, aparentemente, sem nenhum tipo de auxílio. Por conta disso, ela acredita que o prejuízo é maior para a mulher, pois esta “aguenta mais”, ou seja, permanece mais tempo na situação de uso abusivo. Porém, ao ser questionada sobre o sogro ter tido prejuízo com o uso abusivo de substância, P5 diz: *“Não, por que minha sogra tomava conta né, do resto.” (P5)*

Ao dizer isso, ela esclarece sobre o motivo da “facilidade” que seu sogro teve de parar o uso de SPA. Isso se deve, de acordo com a participante, ao cuidado da esposa, que “tomava conta do resto”, evidenciando o papel feminino de cuidado, que é obscurecido pela suposta “força de vontade” e “hombridade” relacionada ao gênero masculino. Uma outra participante traz um relato nesse sentido:

*“Porque antes eu tava pele e osso, nossa. Mas eu já tava já me controlando um pouquinho lá, pra mim ter força. Só que eu já tava chamando ele, e ele não tinha força pra vir. Ele já tava um pouco mais envolvido do que eu. Ele acordava já usando. Eu não. Eu ficava na casa da minha sogra, ajudava minha sogra, ia busca meus filho 17:30h”
 (P7)*

O papel de cuidado feminino é evidenciado nesse trecho, ao passo que, apesar de estar “pele e osso” por conta do uso abusivo de SPA, P7 estava “se controlando” e assumindo responsabilidades, como ajudar a sogra e cuidar dos filhos. Ao mesmo tempo, ela relata ter feito o papel de incentivar o marido, que estava mais envolvido no uso da substância, para retomar o tratamento no CAPSad. Dessa maneira, apesar da perspectiva social, que foi trazida pelas participantes, reforçar o estigma de que o homem é “forte” enquanto a mulher é “fraca”, há evidências que indicam o papel de responsabilização e cuidado assumido pelas mulheres na situação de uso abusivo de SPA, algo que não é relatado em relação aos homens. Entretanto, um outro ponto de vista é levando:

“A diferença é que mulher... homem tem que se virá! Muitos eu escuto falar ‘ah, queria ser mulher, por que onde que vai, se vira. Agora nois

homi não, nois tem que ralar, e se nois não consegue serviço, como que vai conseguir?'. Então a maioria não tem opção, a maioria roba.”
(P7)

Ao trazer que “homem tem que se virar” e que inclusive muitos “queriam ser mulher” na situação de abuso de SPA, pois estas, de acordo com eles, tem mais facilidade para conseguir recursos, P7 alega que o roubo acaba sendo a “saída” para que os homens consigam manter seu uso de substâncias. Nesse sentido, evidencia-se que é um equívoco a posição de os homens também não enfrentam vulnerabilidades em relação ao contexto de uso abusivo de SPA. O papel social de gênero, associado aos homens, mostra as consequências negativas, ao passo que os corpos masculinos também são alvo de controle e de expectativas. A violência, então, torna-se um lugar esperado e comum para essa população, que encontra-se na dupla posição de vítimas e agressores. (Mascarim et al, 2024).

Os relatos indicam a complexidade envolvida no que concerne às masculinidades em contexto de uso de SPA. Por meio de histórias que indicam as diferenciações de comportamentos, a depender do gênero, se evidencia a relação dos homens com o uso abusivo de substâncias e as interações deles com as mulheres entrevistadas. A violência, então, torna-se um lugar esperado e comum para essa população, que encontra-se na dupla posição de vítimas e agressores. No que tange ao atendimento em saúde às mulheres em uso abusivo de SPA, é necessário considerar a importância das diferenças de gênero, que se manifestam nas relações e se reproduzem em comportamentos que, apesar de normalizados socialmente, devem ser problematizados.

4. PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Quadro 6 - Categoria 4, respectivo núcleo de sentido e subnúcleos

4. Práticas de Redução de Danos	4.1. Redução de danos ofertada pelo serviço	
---------------------------------	---	--

Um dos objetivos do estudo foi avaliar qual a proximidade da normatização da Redução de Danos com sua verdadeira aplicabilidade no serviço estudado. Dessa maneira os relatos das participantes ajudaram a dimensionar essa questão, ao passo que nas entrevistas, foi possível observar as articulações entre o que está previsto institucionalmente e como se configura a prática. Essa análise se mostra importante, tendo em vista que a RD se configura

como a diretriz de cuidado do CAPSad e, também, possui um potencial emancipatório frente às desigualdades, o que é uma perspectiva de interesse, considerando o público feminino que faz uso abusivo de SPA.

4.1. Redução de danos ofertada pelo serviço

Como já foi dito, o CAPSad se orienta pela Política Nacional de Redução de Danos e, teoricamente, deve aplicá-la. Para começar, será que as participantes sabem o que é RD? Duas delas, a esse respeito, dizem:

“Pra reduzir os danos que você cometeu eu acho.” (P4)

“Eu não sei explicar sobre redução de danos. É, se for pra fazer, tem que fazer, é isso? Reduzir os danos?” (P6)

Apesar de não demonstrarem ter muita certeza na resposta, P4 e P6 se alinham na perspectiva que tem sobre RD, ao associar a política à prática de “reduzir os danos”. Suas falas estão de acordo também com o previsto pela normativa, mesmo que de maneira superficial. Diferente delas, outras participantes disseram, frente ao questionamento se sabiam o que é RD:

“Não sei, não consigo nem pensar.” (P1)

“Não sei.” (P2)

“Sei lá. Você estragar o seu corpo de, a sua mente assim, de usar droga.” (P3)

“Oque que é isso?” (P7)

Evidencia-se, com base nos trechos, o desconhecimento acerca do que seria RD, pelo menos de maneira teórica. A pergunta se seguiu por uma explicação dos preceitos básicos do que é RD e, após isso, houve o questionamento “você vê essas práticas ocorrendo no CAPSad?”. Uma delas respondeu: *“Tem. Assim, vocês deixa a gente livre. Quer vim, vem. Não quer, não vem. Vai da vontade de cada um e da força de vontade nossa.” (P5)*

P5 identifica o CAPSad como um local de liberdade, ao passo que há a livre circulação dos pacientes “quer vim, vem”. Também, ela destaca o papel individual no tratamento, quando relata “vai da vontade de cada um”. Ao mesmo tempo que essa fala pode indicar uma tomada de autonomia por parte do sujeito, algo que é incentivado pelo serviço, de acordo com P5, também contém elementos de responsabilização individual, por associar o sucesso do tratamento à “vontade nossa”. É importante que se tenha a dimensão coletiva e emancipatória da estratégia de RD, que não diz respeito a uma prática de abstinência mas,

sim, advoga a favor da liberdade, e não uma perspectiva que espere da pessoa um engajamento espontâneo em um tratamento (Passos & Souza, 2011). Alinhado a fala de P5, é interessante resgatar um relato que já foi trazido anteriormente:

“Só que eles passaram um remédio pra eu parar de usar. E eu tava sem usar quando tava tomando remédio. Só que eu viciiei no remédio! Ai que foi o problema [...] Ai meu pai pegou meus remédio, jogou tudo fora, falou assim ‘cê quer parar de usar droga, vai parar de usar droga sozinha. Esses remédio vai te matar”. (P4)

P4, que foi citada na Categoria 1 por ter vivido uma experiência adversa no serviço, contribui na presente discussão sobre RD ao dizer que “eles passaram um remédio para eu parar de usar”. Essa perspectiva se alinha ao paradigma de abstinência, e não está de acordo com os preceitos da RD. Porém, é necessário analisar mais atentamente. Em primeiro lugar, mesmo que tenha sido do desejo da paciente reduzir ou interromper o uso de substâncias, fica claro, no seu relato, que a decisão foi tomada por terceiros, e ela assumiu um lugar de submissão frente ao tratamento estabelecido. Isso indica falta de orientação da equipe para P4, algo que é essencial, considerando as práticas esperadas de RD no serviço. Em segundo lugar, ao se considerar que as práticas alinhadas à abstinência e a individualização são o discurso hegemônico e propagado no senso comum, como fez o pai da paciente ao dizer “cê quer parar de usar droga, vai parar de usar droga sozinha”, faz sentido a paciente acreditar que a abstinência deve ser seu horizonte. Segue um outro relato que reforça essa tese:

“É, ela e meu irmão, eles fala ‘a droga é prazeroso, é! É difícil parar, é! Mas basta você querer’. E é que nem que eu falei pra Clara, a Clara tava explicando ali... eu quero parar por que eu não aguento mais. A droga ela faz ocê de escravo.” (P2)

Ao passo que os irmãos, que eram usuários abusivos de substância, a incentivam a interromper o uso de SPA, com o discurso de que “basta você parar”, há elementos que indicam o discurso dominante de abstinência e culpabilização individual. Além disso, ela traz que “a droga ela faz ocê de escravo”. Uma visão semelhante é compartilhada por outra entrevistada:

“Foi numa roda que eles fizeram, e cada um ficou falando o que usava. Um usava pedra, o outro perdeu carro, perdeu moto, por causa da droga, padaria. Ficaram falando lá da vida. Ai fui, falei

*da minha fia, falei do que a droga fez. Sei lá. Tava
todo mundo falando como que a vida desgraçou
depois que usou.
Falei nossa, achei que minha vida tinha ficado
ruim.
Eu me senti bem de ver que não sou só eu que fiz
burrada na minha vida...” (P4)*

Neste trecho, P4 compartilha sobre uma roda de conversa que participou no serviço. Nele, os pacientes que participaram relataram as consequências negativas do uso abusivo de SPA para sua vida em diversos âmbitos, principalmente financeiro. De acordo com ela, essa experiência a fez se sentir bem, ao passo que não foi só ela que fez “burrada” com a própria vida. Essa perspectiva de enxergar a droga e seus efeitos negativos é compartilhada por P2 no trecho anterior, quando diz que “a droga faz ocê de escravo”. Nesse ponto, ela coloca o seu ponto de vista sobre o uso abusivo de SPA “eu quero parar por que eu não aguento mais”, para a profissional de psicologia. Isso indica, aparentemente, uma decisão que surgiu da paciente e não do CAPSad, referente ao seu uso de substâncias. A relação contraditória com o serviço é explicitada em outro relato: “*Por que eu to vindo aqui, agora eu não to sentindo que venho obrigada. Mas antes eu me sentia obrigada a vir aqui. Não queria fazer, entrar em grupo nenhum.*” (P3)

A paciente diz que se “sentia obrigada” a frequentar o serviço. Evidencia-se, dessa maneira, que P3, pelo menos inicialmente, não tinha o desejo de realizar o tratamento, e acabou o fazendo por obrigação, denotando uma experiência que vai na contramão das práticas esperadas pela política de RD, que pode ter sido originada tanto fora quanto dentro do serviço, como já discutido. Entretanto, também traz que, na atualidade, frequenta o serviço por vontade própria. Seu relato continua:

*“Eu faço atividade, mas é ginástica, com a Sol¹⁰.
A gente faz caminhada, tipo daqui até o bicão.
Daqui até lá nas casinha, lá pra cima do
Botafogo, lá em cima, aqueles terreno baldio que
tem lá. A gente passa num lugar que tem fruta né.
Ah, mas nois é tudo loco. Nois não vai parar mais
de usar, de parar pra pegar fruta, mas nois ve
umas, como que chama? Que faz suco, é...
laranja” (P3)*

¹⁰ Nome fantasia dado para proteger a identidade da profissional.

Os detalhes sobre as atividades que realiza no serviço são evidenciados nesse trecho. P3 conta da atividade de ginástica, e de caminhada pelo bairro. Também, conta que ela e os outros pacientes que participam da atividade, coletam laranjas ao passar “num lugar que tem fruta”, para fazer suco. É interessante ressaltar sua fala “ah, mas nois é tudo loco. Nois não vai parar mais de usar”. Ao se identificar como “louca”, juntamente com os outros pacientes, e, somado a isso, declarar que não irão interromper o uso, fica claro a perspectiva defendida pela RD. Além disso, ela fala em seguida: *“Se eu falar pro cê, vou parar de usar hoje, eu até consigo. Mas é eu que não quero parar.” (P3)*

Novamente, sua fala sintetiza o que é de mais caro na política de RD: a liberdade de escolha, que não perpassa pela abstinência. Assim, apesar de P3 não ter a apreensão teórica do que seria redução de danos, ela a vive em seu tratamento no CAPSad, no qual as práticas indicam o fomento da autonomia, tal como é relatado por outra entrevistada, quando questionada se vê práticas de RD no serviço:

“Tem, tem! Tem, por que... da outra vez, que eu vim aqui esses tempo atrás, acho que quarta feira passada. A gente veio aqui, então tava um pessoal aqui né. E primeiro, a gente terminou de almoçar e eu falei ‘ai, vamos fazer o seguinte, vamos pintar?’. Por que eu li livro, joguei dominó...”
(P7)

Ela traz sobre um dia no qual estava na ambiência no CAPSad com o companheiro e P7 teve a iniciativa de propor pintura como uma atividade para ambos realizarem:

“Aí eu falei assim ‘vamos pintá, pro dia passar!’ Porque depois do almoço ele já queria ir embora. Eu falei assim, por que acho que ele olhou pros lado e ele não viu muito o que fazer. Aí eu falei ‘mor, aqui tem coisa pra fazer! Você tem que pegar e fazer!’ procurar alguma coisa pra fazer, se não, não vai!’ eu falei ‘não, a gente nao vai embora não’. Aí ele ‘vou deitar um pouquinho’. Aí ele foi, deitei um pouquinho com ele naquele espaço ali. Aí ele levantou, ele já queria ir embora. Aí eu ‘não, a gente não vai embora, a gente vai pintá!’. Aí eu não falei pra ele ‘não, a gente não vai embora’. Eu fiz diferente. Falei ‘ó,

cê vai ver; a gente vai fazer uma coisa assim ó, a gente vai pegar um desenho, olha que desenho lindo mor’, mostrei que já tinha uns desenho pintado. Aí eu falei ‘ó que lindo! olha só que pintura, que perfeição, a pessoa tem uma paciência do caramba pra pintar isso aqui’. Realmente, os desenhos tava bonito. Aí ele falou assim ‘não, tá bom’. Aí peguei, falei ‘vamo ali’, fomo no refeitório. Eu dei uma folha pra ele, peguei outra [...] aí ele ‘nossa mor, isso aqui é terapia memo viu!’ e eu quadradinho por quadradinho. Falei assim pra ele ó ‘vamo fazer o seguinte, vamo ver quem pinta mais rápido e faz o desenho mais bonito’. Aí começou” (P7)

O relato de P7 contém inúmeros elementos importantes a serem analisados. Ao propor “vamo pintá, pro dia passar!”, demonstra-se uma iniciativa da paciente em encontrar sentido durante a estadia no CAPSad, que não se limita a consultas com profissionais. Ela buscou incentivar o marido, que queria ir embora por “olhar pros lados e não ver nada pra fazer”, a uma brincadeira envolvendo pintura.

Ao analisar as entrevistas das participantes, se evidencia a contradição existente no que tange a aplicabilidade da Política Nacional de Redução de Danos no CAPSad. Na apreensão teórica, mostra-se um déficit de entendimento, por parte das mulheres entrevistadas, sobre o que seria RD. Porém, na prática, os relatos evidenciaram que as participantes entendem a diferença do que seria a RD, ao compartilharem suas experiências no serviço, alinhadas ou não, com esse paradigma. Geralmente, elas associaram RD a “experiências positivas”, nas quais sua autonomia e liberdade foram respeitadas. Na minha experiência em campo empírico, tive a oportunidade de frequentar em algumas ocasiões o grupo de redução de danos, ofertado pelo CAPSad. Nele, o profissional de psicologia, por meio dos relatos trazidos pelos participantes, que muitas vezes continham falas que autculpabilização e a ideia de que interromper o uso abusivo de SPA era obrigatório, orientava-os no caminho dos preceitos da RD, oferecendo, assim, um contraponto à visão hegemônica. Se evidencia, então, que, apesar da falta de entendimento teórico, há, por parte do serviço, um esforço para não seguir as práticas de abstinência e culpabilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu compreender a relação de mulheres atendidas no CAPSad com o uso de substâncias e com o serviço em si. Para isso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 7 participantes, as quais compartilharam suas experiências acerca do tema, com o intuito de responder o objetivo geral “investigar as representações sociais das mulheres a respeito de si enquanto em condição de uso abusivo de SPA” e três objetivos específicos “investigar as representações sociais de mulheres atendidas no CAPSad sobre o tratamento recebido”; “investigar como estas mulheres identificam os principais determinantes de sua condição de adicção por SPA”; “investigar em que medida, na percepção destas mulheres, o tratamento se aproxima da política de redução de danos”.

A Análise Temática de Conteúdo foi uma ferramenta que possibilitou entrar em contato com o material coletado nas entrevistas e organizá-lo considerando os sentidos que apresentavam, a fim de responder os objetivos supracitados. Primeiro, em núcleos de sentido e, após isso, em quatro categorias de análise, sendo elas: 1. Os cuidados para pessoas em uso prejudicial de SPA, 2. Contexto de início e permanência de abuso de SPA, 3. Entrelaçamentos entre ser mulher e estar em abuso de SPA, 4. Práticas de Redução de Danos. Considera-se que a pesquisa obteve êxito no que diz respeito a elucidar os objetivos propostos, através da análise das categorias encontradas nas entrevistas.

Em relação ao objetivo geral, foi explicitado que as representações sociais das mulheres sobre si, se relacionam com múltiplos contextos, que vão desde o início e permanência do uso abusivo de SPA e as relações entre ser mulher e estar em abuso de SPA. A partir dos relatos das participantes, foi possível observar que o início do uso se deu primordialmente na infância e adolescência, em contextos de sociabilidade, com a continuidade deste uso se relacionando com diversos fatores de vulnerabilidade. Também, destaca-se os dilemas trazidos pela maternidade, que cumpre um papel ora protetivo, ora dificultador, em relação ao uso abusivo de SPA e à adesão ao tratamento oferecido no CAPSad.

O primeiro objetivo específico foi um caminho para compreender a relação das participantes com o tratamento recebido no serviço. Este foi avaliado de maneira positiva no geral, com o CAPSad sendo visto, pelas participantes, como um local de acolhimento e reconhecimento, em contraste com experiências adversas em outros serviços de saúde. Isso não exclui percepções negativas acerca do serviço, mesmo que minoritárias, que também apareceram nos relatos das mulheres entrevistadas, com destaque para uma tentativa de internação compulsória vivenciada por uma participante.

Com o segundo objetivo específico, observou-se que diversas determinações perpassaram e perpassam as participantes, em relação ao uso abusivo de SPA. Contextos de vulnerabilidade e violência foram presentes nos relatos, com estes se relacionando com a questão de gênero, desde a infância até a idade adulta. Nisso, o papel da masculinidade também foi encontrado, com os homens relacionando-se de maneira diversa com o uso abusivo de SPA, a partir de um caráter mais violento e visto como inconsequente, em comparação com o uso feminino, que se mostrou mais sob o efeito de responsabilidades, como maternidade e o cuidado consigo e com outros.

A percepção das mulheres acerca da presença, ou não, da RD no tratamento do CAPSad foi o último objetivo específico. Foi visto que, no geral, as participantes vivenciam a redução de danos no serviço, relacionando-a com sentimentos de liberdade, reconhecimento e pertencimento. Foi observada uma lacuna teórica a respeito da RD, ao passo que as participantes compreendiam o paradigma apenas a partir da prática direta, o que pode indicar uma dificuldade na apropriação desse conceito.

Por fim, os resultados obtidos no presente estudo visam contribuir para elucidar as especificidades referentes às mulheres no âmbito de atendimento à saúde, mais especificamente no que diz respeito ao uso abusivo de SPA, no CAPSad. Tendo em vista a escassa literatura a respeito desse tema, destaca-se a importância de haver continuidade na compreensão da relação das mulheres com o serviço, a fim de que suas necessidades em saúde, que são diferentes das dos homens, sejam atingidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Y.D.D., Pereira, P.P.G., Peres, P.S. (2020). Nascimento, vida e morte de uma política pública: uma etnografia do programa De Braços Abertos. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(3), e00213918. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213918>
- Barbosa da Fonseca, C.J. (2012). Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética. *Revista Psicologia & Saberes*, 1(1).
- Bastos, F.I., Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* CICT/FIOCRUZ. <https://programadrogas.fiocruz.br/publicacoes/livros/51>
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial*. Legislação em saúde mental 5. Ed. p. 17-20.
- Brasil (2006, August 23). Lei Nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006. *Planalto*. Retrieved June

- https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm#view
Brasil. (2009). Relatório brasileiro sobre drogas. *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2017). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. *SUPERA*, (11), 77-86.
- Braveman, P.A. (2011). Health disparities and health equity: the issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101, 149-155.
- Buss, P. M., Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais (17th ed.). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Butler, J. (2016). Problemas de Gênero. Feminismo e Subversão da Identidade. Rio de Janeiro. *Civilização Brasileira*
- Caixeta, F.C., Silva, Y.V., Lucchese, R., Felipe, R.L., Vera, I., Bueno, A.A. (2015). Vulnerabilidade de mulheres em uso e abuso de substâncias psicoativas. *Apresentado em 4º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa*. Disponível em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/35/33>. Acesso em 14 de junho de 2023
- 32
- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, (06), 115-128.
- Carvalho, A.I. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *Fundação Oswaldo Cruz*.
- Chapman, A.R. (2010). The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, 12(02), 17-30.
- Cordovil, W.D. (2016) O lobo em pele de ovelha: Requalificação urbana como estratégia de poder. *Revista de Geografia – PPGEU/UFJF*, vol. 2, n. 1, pp. 1-8
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2022, November 30). *OPAS pede uma melhor resposta dos serviços de saúde à violência contra as mulheres*. Organização Pan-Americana da Saúde. Retrieved June 18, 2023, from <https://www.paho.org/pt/noticias/30-11-2022-opas-pede-uma-melhor-resposta-dos-servicos-saude-violencia-contra-mulheres>
- Costa, H. (2004, October 14). *Portaria N° 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Ministério da Saúde. Retrieved June 11, 2023, from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

- Cugler, P.S. (2018). Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde: a perspectiva das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11971>
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.
- Fávero, M. (2010). A Construção Social do Gênero (UFPR, Ed.).
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Future Studies*.
- Freud, S. (1923/1996). A organização genital infantil: uma interpretação da teoria da sexualidade. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIX.
- Fundação Oswaldo Cruz . (2017). III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira. *Fiocruz*.
- Furlan, V. F., Castro, E. M. (2021). Sentidos da crítica na psicologia social metamorfoses do conceito. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 16, 236-253.
<http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP>
- Gadamer, H.G. (1999). *Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (3rd ed.). Petrópolis: Vozes.
- Gkiouleka, A. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: inequalities, intersectionality & institutions: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 200, 92-98.
- Gomes, R. (2014). Os Sentidos da Saúde e da Doença. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(10), 2247–2248.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XRE021014>
- Gomes, T.B., Vecchia, M.D.. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327–2338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>
- Greenson, R.R. (1966). A transvestite boy and a hypothesis. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 47, p. 396-403.
- Greenson, R.R. (1967/1998). Des-identificação em relação à mãe: sua especial importância para o menino. In: Breen, Dana (org.). *O enigma dos sexos*, p. 263-269. Imago.
- Guedes, R.N., Silva, A.T.M.C., Fonseca, R.M.G.S. (2009). A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, 13(3), 625–631.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>

- Holanda, A.F. (2002). O Resgate da Fenomenologia de Husserl e a Pesquisa em Psicologia. *Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas*
- Inglez-Dias, A., Ribeiro, J.M., Bastos, F.I., Page, K. (2014). Políticas de redução de danos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 147–158. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>
- Jodelet, D., (1985) La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: *Psicología Social* (S. Moscovici, org.), pp. 469-494. *Paídos*.
- Jodelet, D. (1989) Représentations sociales: un domain en expansion. In: *Les Représentations Sociales* (D. Jodelet, org.), pp. 31-61. *Presses Universitaires de France*
- Krech, R. (2012). Working on the social determinants of health is central to public health. *Journal of Public Health Policy*, 33(02), 279-284.
- Lane, S.(2011). A psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia. In: Lane, S.; Codo, W. (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento*(8ª ed). Brasiliense.
- Laranjeira, R. (2014). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). *Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD), UNIFESP*. <http://inpad.org.br/lenad/>.
- Lattanzio, F.F., Ribeiro, P.C. (2018). Nascimento e primeiros desenvolvimentos do conceito de gênero. *Psicologia Clínica*, 30(3), 409-425. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A01>
- Lorenz, K. (1995) Os fundamentos da etologia. *Editora da Universidade Estadual Paulista*.
- Maciel, M.E.D., Pillon, S.C. (2010) Grupo de ajuda a alcoolistas: a educação em saúde na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*.
- Mascarim, L., Ospedal, G.A., Soares, P.T., Oliveira-Cardoso, E.A., Corradi-Webster, C.M., dos Santos, M.A. (2024). Grupo-Oficina de Homens: masculinidades, uso de substâncias e cuidados generificados em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. <https://doi.org/10.1590/interface.240360>
- Martins, H.H.T. de S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa . *Educação E Pesquisa*, 30(2), 289-300. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>
- Mental Health and Substance Use. (2013). Mental health action plan 2013 - 2020. *World Health Organization*.
- Minayo, M.C.S. (2005). Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 29(1), 55–63.

<https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.1-009>

- Minayo, M.C.S. (2013) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (2021). Determinação social, não! Por quê? *Caderno Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>
- Ministério da Saúde. (2017, December 21). PORTARIA N° 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Retrieved June 16, 2023, from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Money, J.(1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, n. 96, p. 253-264.
- Money, J.; Hampson, J.G.; Hampson, J.L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *American Medical Association Archives of neurology and psychiatry*, v. 77, p. 333-336.
- Moreira, F.G. (2006). Redução de Danos e Promoção de Saúde. *I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde*, 140-143.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Oliveira, J.F., Nascimento, E.R., Paiva, M.S. (2007) 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 15 de junho de 2023
- Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. (2022, August 8). Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres até julho de 2022. *Gov*. Retrieved June 14, 2023, from <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/brasil-tem-mais-de-31-mil-denuncias-violencia-contra-as-mulheres-no-conte-xto-de-violencia-domestica-ou-familiar>
- Passos, E.H., Souza, T.P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas.” *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154–162. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822011000100017>
- Peters, A.A., Cruzeiro, H.R., Bertolini, O.G.P., Assis, G.P., Silva, A.D., Peres, M.A.A. (2020). Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(2), 66–74.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166357>

- Prigogine, I. (2002) *As Leis do Caos*. Editora UNESP.
- Rocha, A.P. (2013). Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. *Serviço Social & Sociedade*, 115, 561–580. <https://doi.org/10.1590/s0101-66282013000300009>
- Rocha, P.R., David, H.M.S. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(01), 129-134. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
- Rocha, J.S.Y. (2011). Os determinantes sociais da saúde. *Política e gestão pública em saúde*.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: notes on the political economy of sex. *Toward an Anthropology of Women*.
- Rubin, G. (2006). Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. Culture, Society and Sexuality. *Culture, Society and Sexuality*, (1).
- Salgado, S.R.C. (2003). Projeto de Pesquisa, Prevenção e Intervenção sobre o Uso de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo entre os Kaingáng. *Terra Indígena Apucarantina*, 109-126.
- Sampaio, M.L., Júnior, J.P.B. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Sanchez, Z.M., Valente, J.Y., Gusmões, J.D., Júnior, V.F., Caetano, S.C., Moreira, H.C., Andreoni, S. (2021). Effectiveness of a school-based substance use prevention program taught by police officers in Brazil: Two cluster randomized controlled trials of the PROERD. *International Journal of Drug Policy*, 98.
- Santos, V.E., Soares, C.B., Campos, C.M.S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 20(3), 995–1015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>
- Santos, R.A. (2014). Promotoras Legais Populares: avançando na luta pela igualdade de gênero e na compreensão da Educação de Jovens e Adultos [Doctoral dissertation, Universidade Federal de São Carlos]. *Repositório UFSCar*. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2744>
- Schneider, D.R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698.
- Scott, J. (1989). Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. *Columbia University Press*.
- Secretaria Municipal de Segurança Urbana. (2021). *Comparativo de estimativa mensal média*

de público na cena de uso aberto no período da manhã nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021. Prefeitura de São Paulo.

Sêga, R.A. (2000). O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*, 8(13), 128–133. <https://doi.org/10.22456/1983-201X.6719>

Sícoli, J.L., Nascimento, P.R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 7(12), 91-112.

Silva, C. (2022, June 9). *Sem soluções efetivas para a Cracolândia, o governo de São Paulo ainda aposta em repressão.* Carta Capital. Retrieved June 9, 2023, from

<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/sem-solucoes-efetivas-para-a-cracolandia-o-governo-de-sao-paulo-ainda-aposta-em-repressao/>

Spink, M.J.P. (1993) The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, 9 (3): 300-308.

Stoller, R. (1966). The mother's contribution to infantile transvestic behavior. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, p. 384-395.

Stoller, R. (1968). A further contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, p. 220-226.

Tomaz, K., Colombo, A. (2022, June 15). *Operação de combate ao tráfico de drogas na Cracolândia completa 1 ano com 125 detidos; movimentos sociais denunciam violência policial.* G1. Retrieved June 9, 2023, from <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/15/operacao-de-combate-ao-trafico-de-drogas-na-cracolandia-completa-1-ano-com-125-detidos-movimentos-sociais-denunciam-violencia-policial.ghtml>

United Nations. (2022). World Drug Report 2022. *United Nations Office on Drugs and Crime.*