



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PATRICIA LINS DA SILVA**

**MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:  
BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE EM UM CAPS AD**

Salvador  
2013

PATRICIA LINS DA SILVA

**MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:  
BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE EM UM CAPS AD**

Dissertação sob a forma de Artigo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Salvador

2013

PATRICIA LINS DA SILVA

**MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:  
BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE EM UM CAPS AD**

**Defesa:** 30 de Julho de 2012

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho**

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA)

**Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes**

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

**Profa. Dra. Vladia Jamile dos Santos Jucá**

Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia (IPS-UFBA)

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de sonho, estudo, determinação e superação. Porém, sem a colaboração e presença de algumas pessoas, a realização deste não seria possível.

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e por me fortalecer e fazer acreditar que nada seria suficiente para desistir.

À minha mãe, Ediles, e minha irmã, Priscila, pelo apoio, pelas orações, pelo amor sem limite e por estarem sempre ao meu lado, o que nessa trajetória foi essencial para me encorajar a continuar e conseguir.

À Zaira Maciel, pelo cuidado e atenção, e André Viana, pela escuta, competência, dedicação e sensibilidade, que foram tão fundamentais para o meu crescimento durante essa fase.

Aos meus amigos, em especial, Amanda, Priscilla, Tatiana, Waldez, Elaine, Andréa, Celso, Valéria e Roberta, por estarem por perto com tanta energia boa, pelo incentivo, pela preocupação e pela compreensão diante da minha necessidade de ausência e alegria diante da minha necessidade de descanso.

À minha amiga Tássia e toda sua família, pela amizade, dedicação e acolhida com que me receberam todas as vezes que precisei ir a Salvador.

Às amigas queridas, e também colegas de mestrado, Karlene, Taís e Silvia, por todo apoio, carinho e leveza, e por compartilharem comigo tantos sentimentos e aprendizados em cada etapa vivenciada.

À minha orientadora, Thereza Ávila, por aceitar o desafio de refletir comigo sobre a temática escolhida, pelas contribuições, estímulo, paciência e confiança.

Às professoras das bancas de qualificação e defesa, Guadalupe Medina, Vladia Jucá e Mônica Nunes, por se colocarem disponíveis para contribuir com essa discussão, através de suas críticas e sugestões.

Ao ISC, por todo o conhecimento compartilhado e por tantos momentos de reflexão e descoberta, e à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, pela oportunidade e pelo investimento.

Aos colegas do CAPS ad Primavera, pela construção cotidiana e pelas experiências e lutas tão importantes para dar sentido a essa pesquisa, e aos

trabalhadores que participaram desta, por contribuírem de forma tão significativa ao aceitarem o convite.

Às usuárias e aos usuários do CAPS ad Primavera, por serem o motivo maior para querer entender as questões aqui abordadas, desejando com isto colaborar para resolvê-las, em especial às mulheres que participaram desse estudo, por compartilharem suas histórias e olhares.

Por fim, agradeço a todos e a todas que de alguma forma, direta ou indiretamente, ajudaram para essa conquista!

## RESUMO

O presente artigo tem por objetivo caracterizar a acessibilidade para mulheres usuárias de substâncias psicoativas em um CAPS ad a partir da percepção destas e de trabalhadores do serviço. Parte-se da hipótese de que as mulheres que fazem uso abusivo de drogas apresentam especificidades que nem sempre são atendidas pelos serviços de saúde, devido à existência de possíveis barreiras para acessá-los e obter os cuidados necessários. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo, utilizando-se como procedimentos de pesquisa análise documental em prontuários e entrevistas semi-estruturadas. Recorreu-se à análise de conteúdo, com o agrupamento das informações nas seguintes categorias: barreiras socioeconômicas, geográficas, organizacionais e culturais. Os resultados encontrados evidenciaram a ocorrência de todos esses tipos de barreiras, dificultando a obtenção de cuidados de saúde no serviço no qual o estudo foi realizado e sugerindo, dessa forma, fragilidades na acessibilidade ao mesmo. Recomenda-se a realização de outros estudos, considerando-se a incorporação da perspectiva de gênero nos mesmos assim como nas práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com o objetivo de repensar e reavaliar estratégias que minimizem as barreiras existentes.

**Palavras-chave:** drogas, mulheres, acessibilidade, CAPS ad.

## **ABSTRACT**

This article intends to characterize the accessibility for women who use psychoactive substances in a CAPS ad from the perception of the service's workers. The initial hypothesis is that women who abuse drugs have specific demands that are not always answered by health services, due to the existence of potential obstacles in its access and to obtain the necessary care. For that, it was developed a qualitative study using as search procedures the documental analysis of charts and semi-structured interviews. It was used analysis of content and the information collected was grouped in the following categories: socioeconomic barriers, geographical, organizational and cultural. The results found indicated the occurrence of all these types of barriers, making it difficult to obtain health care on the service in which the study was conducted and suggesting that its accessibility is fragile. It is recommended that further studies are made, considering the incorporation of a gender perspective to be given also to the practices of attention to alcohol and other drugs' users in order to rethink and reevaluate strategies to minimize those barriers.

**Keywords:** drugs, women, accessibility, CAPS ad.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**CAPS** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS ad** Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

**HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana

**NAIA** Núcleo de Apoio à Infância e Adolescência

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PTS** Projeto Terapêutico Singular

**SHR-AD** Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas

**SMS** Secretaria Municipal de Saúde

**SPA** Substância Psicoativa

**SUS** Sistema Único de Saúde

**UFBA** Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1 - Introdução</b> .....	<b>10</b>
<b>2 - Metodologia</b> .....	<b>14</b>
<b>3 - Resultados e Discussão</b> .....	<b>20</b>
<b>4 - Considerações finais</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>48</b>
<b>Apêndice A - Roteiro de entrevista semi-estruturada – Trabalhador</b> .....	<b>48</b>
<b>Apêndice B - Roteiro de entrevista semi-estruturada – Usuária</b> .....	<b>49</b>
<b>Apêndice C - Roteiro para coleta de dados – Prontuário</b> .....	<b>50</b>

## 1- Introdução

Apresentando-se em vários estudos encontrados na literatura e também em discursos políticos e midiáticos como um problema social e de saúde pública de ordem mundial, o consumo de drogas tem sido um fenômeno significativamente propagado. Aqui compreendemos o consumo de drogas como uso e/ou abuso de substâncias psicoativas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que age sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações no funcionamento destes. O abuso de substâncias psicoativas está associado ao uso indevido das mesmas, interferindo nas relações sociais, afetivas e profissionais do sujeito que o faz. Doravante, utilizaremos o termo “uso abusivo” de drogas ou de substâncias psicoativas para nos referirmos a esse tipo de consumo.

Como o uso de drogas esteve presente em diversos momentos ao longo da história<sup>1</sup> da humanidade e nem sempre foi visto como indevido, esse fenômeno requer inúmeras reflexões para que se possa compreender como ele se constituiu, devendo-se considerar, inclusive, qual a influência do sistema econômico em vigor e dos demais elementos estruturantes da sociedade contemporânea nesse processo. Nesse sentido, considera-se que, com a comercialização das drogas, os conflitos entre o valor simbólico, carregado de conotações morais, e o valor de uso se acentuaram de forma considerável, resultando em diferentes percepções acerca do sujeito usuário. Além disso, a criminalização das substâncias, divididas entre lícitas e ilícitas, também beneficiou a concepção de que aquele que faz uso é causador de desordem na sociedade, favorecendo a sua exclusão social (Trad, 2004; Siqueira, 2006). Adotamos aqui a concepção de Siqueira (2006), que se refere às drogas lícitas como substâncias cuja utilização é permitida por lei e aceita pela sociedade, ao contrário das drogas ilícitas, cuja utilização não é permitida por lei e, por isto, seus usuários passam a ser considerados como uma ameaça pública, a partir da correlação simbólica crime-doença-pecado, articulação esta bastante complexa, na qual geralmente uma das leituras se sobressai.

---

<sup>1</sup> O estudo realizado por Escohotado (1989) e, no Brasil, o trabalho organizado por Carneiro e Venâncio (2005) apresentam diversos registros sobre o uso de drogas ao longo da história da humanidade.

Sobre essa perspectiva, Espinheira (2004) destaca que a tendência à homogeneização dos usuários, como se todos fizessem parte de uma mesma categoria social e de uma mesma cultura, assim como se relacionassem com a droga de uma mesma maneira, tem relação direta com a atenção que é dada a eles. Desse modo, esse aspecto pode estar restringindo também a realização de análises mais aprofundadas.

Medina et al. (2002) alertam também que, no Brasil, os estudos epidemiológicos de grande abrangência ainda são reduzidos, dificultando uma avaliação mais detalhada acerca da distribuição e dos determinantes do consumo de drogas no país e, conseqüentemente, da dimensão real deste problema. Em relação às mulheres usuárias de substâncias psicoativas isso é agravado pela ocorrência de estudos quase que exclusivamente voltados para a população masculina, negligenciando-as na maioria das vezes (Oliveira, Paiva e Valente, 2006; Elbreder et al., 2008). Uma das razões disso é o fato de as mulheres estarem sub-representadas nos serviços assistenciais e estudos sobre drogas (e, provavelmente sobre violência), ao contrário das demais temáticas onde existem mais estudos sobre mulheres, o que se deve, dentre outros aspectos, ao estigma social a que estão submetidas (Zilberman, 1998). Aponta-se, então, a necessidade de estudos mais específicos, possibilitando, desse modo, o planejamento de intervenções mais adequadas, considerando, dentre tantas singularidades, as diferenças de gênero.

Moraes (2010) analisa que gênero tem sido um termo utilizado de forma muitas vezes banalizada, substituindo quase sempre o termo “sexo”. Além disso, é utilizado muitas vezes como sinônimo de mulher, o que ocorreu por influência dos movimentos feministas, quando, na década de 80, estas buscavam legitimar-se utilizando o termo para sugerir uma seriedade acadêmica nas produções sobre mulheres. Como descreve Teles e Melo (2003), o termo sexo descreve características e diferenças biológicas, enfatizando aspectos da anatomia e fisiologia dos organismos pertencentes ao sexo masculino e feminino. Assim, sexo é utilizado para descrever diferenças sexuais entre homens e mulheres a partir da compreensão de que estas são dadas pela natureza.

Para além de uma divisão biológica, Teles e Melo (2003) apontam que gênero aborda diferenças socioculturais traduzidas em desigualdades econômicas e

políticas. Ademais, Scott (1992) apresenta gênero como um elemento constitutivo das relações sociais que se baseiam nas diferenças entre os sexos, sendo esta uma forma primária de relações significantes de poder. No Brasil, essa concepção tem tido influência na produção de gênero e, ainda que incipiente, tem sido incorporada na política e em programas de governo, visando favorecer uma maior igualdade entre homens e mulheres (OLIVEIRA, 2008).

Em relação às mulheres, objeto desse estudo, Oliveira, Paiva e Valente (2006) relatam que a associação entre gênero e poder é evidenciada na relação dominação-exploração, construída socialmente, na qual as mulheres são expostas a várias formas de adoecimento, sem que sejam assistidas de forma integral e resolutiva de acordo com o que precisam. Quanto ao uso de substâncias psicoativas, as autoras enfatizam que as mulheres são duplamente estigmatizadas, por não respeitarem os papéis femininos determinados socialmente e por consumirem a droga. Assim, diante do preconceito e do estigma decorrente do uso, elas possuem uma tendência a permanecerem anônimas, retardando a procura por ajuda e/ou abandonando precocemente o tratamento (Elbreder et al., 2008), o que pode sugerir uma possível barreira de acesso aos serviços disponibilizados.

Em estudo realizado por Travassos e Martins (2004) acerca dos conceitos de acesso, acessibilidade e a utilização de serviços de saúde, estas apontaram para a complexidade dos mesmos, por variarem entre os autores e serem modificados de acordo com o tempo e o contexto, da mesma forma que a terminologia e o enfoque empregados. Identificaram ainda a tendência que existe acerca da ampliação dos fins do conceito, sendo o mesmo expandido para além da entrada nos serviços, voltando-se também para os resultados dos cuidados ofertados. Nesse estudo, foi percebido que os autores que utilizam a terminologia acessibilidade a compreendem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou da adequação entre a oferta e a população, enquanto que os autores que utilizam a terminologia acesso centram-se geralmente na entrada inicial nos serviços de saúde. Adotaremos para este estudo ambos os termos, mas enfatizaremos o conceito de acessibilidade proposto por Donabidean (1988).

Segundo o dicionário Aurélio (2004), acesso é “o ato de entrar ou chegar” e acessibilidade é “qualidade do que é acessível”, podendo esses conceitos ser

complementares. Desse modo, Donabidean (1988) adota o termo acessibilidade, mas também o utiliza juntamente com o termo acesso, para falar sobre o grau de facilidade com que os usuários obtêm cuidados de saúde.

Assim, acessibilidade é definida como a capacidade de produção de serviços e respostas às necessidades de saúde de uma população, sendo dessa forma mais abrangente do que simplesmente a disponibilidade de recursos ou a entrada nos serviços. Nesse sentido, o que é ofertado relaciona-se às características dos indivíduos e ao uso de serviços, incluindo-se a adequação de profissionais e de recursos tecnológicos (DONABIDEAN, 1988).

Pinheiro et al (2002) compreendem que fatores ligados à oferta facilitam ou reprimem o acesso e, nessa direção, a busca regular do usuário ao serviço de saúde, quando necessita de cuidado, pode ser um indicador do mesmo. Por isso, em um sistema de saúde, a acessibilidade aos serviços constitui-se num importante elemento, no momento em que se concretiza o processo de busca e obtenção do cuidado, porém o uso efetivo dos mesmos resulta de uma multiplicidade de fatores (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

De acordo com Viacava (2010), o acesso aos serviços de saúde no Brasil tem aumentado de forma significativa em todos os níveis de atenção, nos últimos dez anos. Além disso, estudos sobre as diferenças de gênero na saúde mostram que as mulheres tendem a apresentar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens (Pinheiro et al., 2002). No entanto, no caso do abuso de drogas e/ou dependência química, essa situação se inverte. Partindo dessa compreensão, ao tomarmos como objeto de estudo o acesso aos serviços de saúde por mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, levantamos a hipótese de que estas apresentam especificidades que nem sempre são atendidas pelos mesmos devido à existência de possíveis barreiras que encontram para obter os cuidados necessários.

Dessa maneira, objetivou-se com esta pesquisa caracterizar a acessibilidade de mulheres usuárias de drogas em um CAPS ad, a partir da percepção de trabalhadores e usuárias. Apoiado na lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) configura-se como um serviço aberto de base territorial, funcionando como o principal dispositivo e

ordenador da rede de cuidados em saúde mental. No Brasil, dadas as especificidades da atenção aos usuários de drogas, a Portaria nº 336/GM, publicada em 2002, redefiniu e ampliou a atenção integral a estes. Dessa forma, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) constitui-se como o serviço especializado no atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e seus familiares (Brasil, 2004). Até junho do ano de 2009, foram implantados duzentos CAPS ad, o que representa uma melhoria na cobertura assistencial no país (Brasil, 2009), sendo necessário considerar, porém, que a distribuição dos serviços ainda é muito desigual.

Portanto, entendendo que o uso do serviço por um grupo populacional pode ser explicado pelo perfil de necessidades de saúde que este apresenta, mas que depende também de fatores internos e externos a esse uso (Pinheiro et al, 2002), para realizar os objetivos desta pesquisa buscou-se identificar o perfil das mulheres usuárias do CAPS ad Primavera de Aracaju, bem como as possíveis barreiras na acessibilidade dessas mulheres ao CAPS, as quais caracterizamos como socioeconômicas, geográficas, organizacionais e culturais. Verificando-se a escassez de estudos empíricos acerca dessa temática, este estudo torna-se relevante para contribuir com a discussão sobre o tema e favorecer o desenvolvimento de novas investigações, possibilitando ainda o fornecimento de subsídios para o fortalecimento das políticas públicas voltadas para esta área.

## **2 - Metodologia**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, escolhida por possibilitar uma maior aproximação ao objeto investigado, com a identificação, descrição e análise de significados, motivos, valores e opiniões dos atores envolvidos nesse contexto. Desse modo, não se objetivou generalizar as informações alcançadas, mas explorar as diferentes representações acerca do tema proposto, contribuindo para ampliar a sua discussão e reduzir prejuízos e agravos sociais e de saúde envolvidos com a problemática do uso das drogas (MACRAE, 2004; MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad Primavera), localizado no município de Aracaju/SE, que, de acordo com o Censo 2010, possui uma população de 570.937 habitantes, predominantemente urbana, com maior concentração na faixa etária de 10 a 40 anos e no sexo feminino (DATASUS, 2009).

Em relação à assistência em saúde para usuários de drogas, o município dispõe de uma rede de atenção psicossocial que possui, além do referido CAPS ad, mais três Centros de Atenção Psicossocial do tipo III, funcionando 24h por dia e todos os dias da semana, com leitos de atenção integral. Esses também recebem usuários do CAPS ad em situação de crise, após serem avaliados com indicativo de acolhimento noturno pela equipe de referência. Além desses CAPS, Aracaju possui um CAPS do tipo II para atendimento de crianças e adolescentes com até 16 anos de idade com transtornos mentais graves e/ou que fazem uso abusivo de drogas. Podemos destacar, ainda, a ampliação do cuidado em outras redes, com: Equipes de Saúde da Família, na Atenção Primária; seis Referências em Saúde Mental; uma Urgência Mental em Hospital Geral; uma clínica psiquiátrica tradicional conveniada e um Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHR-AD) em hospital geral (SMS ARACAJU, 2010).

Aracaju possui uma cobertura de 95% de Equipes de Saúde da Família e 43 Unidades Básicas de Saúde, divididas em oito regiões de saúde. Na atenção primária, são atendidos os casos leves relacionados ao uso de drogas; nas Referências em Saúde Mental, os casos moderados, com atendimento psiquiátrico e psicológico, sendo uma delas específica para crianças e adolescentes; e na Urgência Mental, os casos agudos, sendo esta a responsável pelo fluxo de internações. Os encaminhamentos são feitos para os CAPS III, para a clínica psiquiátrica privada e conveniada (que dispõe de poucos leitos para o SUS e apresenta-se quase sempre sem disponibilidade de vagas) e para o SHR-AD - Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (com 16 leitos de retaguarda clínica para crianças, adolescentes e mulheres, criados a partir de determinação do Ministério Público após solicitação do NAIA - Núcleo de Apoio à Infância e Adolescência) (SMS Aracaju, 2010). Vale ressaltar ainda que, no ano de 2011, após seleção pública, foram contratados 15 redutores de danos para realizar o

cuidado aos usuários de drogas no território, através da estratégia de redução de danos.

Diante disso, vale enfatizar que o CAPS ad Primavera é o único CAPS do tipo II para usuários de substâncias psicoativas desde o ano de 2003, quando foi implantado, assistindo dessa forma as oito regiões de saúde do município. Configura-se como um serviço de alta complexidade, composto por uma equipe multiprofissional que visa promover um cuidado territorial para homens e mulheres a partir dos 16 anos de idade, com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Nesse contexto, para caracterizar o perfil da mulher atendida no CAPS ad Primavera, realizou-se análise documental em prontuário, com uma busca retrospectiva no livro de registro de acolhimento do serviço, identificando-se 47 mulheres acolhidas durante todo o ano de 2011, período utilizado como recorte temporal. Dessas, foi possível localizar nos arquivos da unidade apenas 43 prontuários, que compuseram a população estudada para a investigação desse objetivo. Esse número não interferiu na pesquisa, já que esta pretendia apenas discutir os dados, sem a necessidade de quantificá-los. Nesses prontuários, foram observadas e coletadas apenas as informações presentes na “Ficha de Acolhimento”. Esse instrumento é preenchido pelos técnicos durante o acolhimento inicial dos usuários para registrar os dados pessoais e os aspectos significativos da história de vida dos mesmos, incluindo-se os relacionados à história do uso das substâncias psicoativas. Após o armazenamento dessas informações, algumas também são colocadas no livro de registro do serviço.

Foi utilizado, então, um roteiro para coletar algumas características sócio-demográficas (idade, sexo, ocupação, grau de escolaridade e estado civil) e alguns aspectos da história de vida das usuárias, destacando-se aqueles relacionados ao uso da droga. Para dialogar com o perfil aludido e responder ao objetivo principal da pesquisa, foram realizadas entrevistas com dois tipos de atores: trabalhadores do CAPS ad Primavera (vide Quadro 1) e mulheres usuárias de drogas (vide Quadro 2), inseridas no mesmo. Convidou-se um trabalhador de cada categoria profissional, buscando com isso uma maior diversidade de olhares, totalizando sete participantes. Considerou-se como trabalhador o prestador de assistência direta aos usuários e,

como critério de inclusão, o vínculo profissional com o serviço superior a um período de seis meses, sendo eles escolhidos por ordem de antiguidade e disponibilidade de participação no momento do convite.

**Quadro 1 – Caracterização dos trabalhadores entrevistados**

Idade	Estado civil	Religião	Tempo de atuação na unidade
27	Casado (a)	Catolicismo	9 meses
29	Solteiro (a)	Espiritismo	3 anos e 3 meses
35	Solteiro (a)	Candomblé	5 anos
28	Solteiro (a)	Espiritismo	9 meses
21	Solteiro (a)	Catolicismo	2 anos e 4 meses
51	Solteiro (a)	Catolicismo	5 anos e 9 meses
30	Solteiro (a)	Sem denominação	3 anos

Apesar de a maioria ser feminina, participaram deste estudo trabalhadores de ambos os sexos, sendo estes: médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a), professor(a) de educação física, assistente social, auxiliar de enfermagem e oficinairo(a). Para preservar o anonimato dos sujeitos, as características referentes ao sexo e categoria profissional não foram apresentadas no Quadro 1.

Em relação às usuárias entrevistadas, três delas estavam frequentando o serviço ativamente, uma estava em busca ativa e uma havia recebido alta recentemente, estando assim inativa. A busca ativa é uma classificação utilizada pela equipe do CAPS ad Primavera quando o usuário está há mais de um mês sem frequentar o serviço, mas continua sendo acompanhado pelo técnico e/ou equipe de referência, seja por contato telefônico, por visita domiciliar ou articulação com outro serviço. Vale ressaltar que a unidade só dispõe de um veículo para toda a equipe, dificultando algumas vezes o deslocamento dos profissionais para visita domiciliar, restringindo, nesses casos, a busca ativa ao contato telefônico.

Ressalta-se que estava prevista a participação de dez usuárias, distribuídas em quaisquer das três mini-equipes que compõem o serviço. O CAPS ad Primavera

apresenta-se organizado em três mini-equipes, cada uma responsável por um determinado território referente a duas ou mais regiões de saúde, distribuídas da seguinte forma: Orquídea, abrangendo a 1ª e 2ª região de saúde; Rosa, a 3ª, 4ª e 5ª região de saúde; e Girassol, a 6ª, 7ª e 8ª região de saúde. A divisão dos usuários ocorre de acordo com a área em que estes residem e é feita logo após o acolhimento inicial. Buscava-se, assim, uma diversidade entre as usuárias, considerando-se a disponibilidade de participação das mesmas. Entretanto, apenas cinco usuárias foram entrevistadas, devido a fatores como o pequeno número de mulheres ativas, a dificuldade para localizá-las e a indisponibilidade para participar da pesquisa.

**Quadro 2 – Caracterização das usuárias entrevistadas**

Idade	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Ocupação	SPA*	Tempo de tratamento	Situação atual
23	Casada	Evangélica	1º grau incompleto	Desempregada	Múltiplas <sup>2</sup>	Dois Anos	Ativa
23	Solteira	Católica	1º grau incompleto	Do lar	Crack	Uma semana	Ativa
49	Solteira	Católica	1º grau incompleto	Doméstica	Álcool	Dois Anos	Ativa
31	Solteira	Católica	2º grau completo	Desempregada	Múltiplas	Um ano Incompleto	Inativa
30	Casada	Sem denominação	1º grau incompleto	Desempregada	Múltiplas	Dois anos Incompletos	Em busca ativa

\*Substância psicoativa.

Por possibilitarem não apenas a descrição de fenômenos sociais, como também a compreensão destes (Minayo, 2008), foram realizadas entrevistas caracterizadas como semi-estruturadas. Para tanto, foram utilizados roteiros

<sup>2</sup> Refere-se ao uso prejudicial de mais de uma substância psicoativa. As usuárias entrevistadas destacaram o uso das seguintes substâncias: crack, cocaína, cannabis sativa (maconha), bebida alcoólica e cigarro.

previamente elaborados, considerando-se as especificidades da posição dos sujeitos participantes, o que facilitou a interação entre a pesquisadora e os entrevistados, ampliando a comunicação entre estes. As perguntas centraram-se nos objetivos do estudo, favorecendo a coleta de informações importantes à produção do mesmo (MACRAE, 2004).

Com duração média de trinta minutos, todas as entrevistas realizadas com os trabalhadores ocorreram no CAPS ad Primavera, de acordo com a disponibilidade de horário de cada um. Porém, em relação às entrevistas realizadas com as usuárias, duas delas ocorreram em suas residências, visto que estas estavam sem freqüentar o serviço, utilizando-se, para isso, o transporte da unidade, após pactuação com gestores e trabalhadores da mesma. Essas entrevistas foram gravadas em aparelho mp4 e transcritas pela própria pesquisadora. Para garantir a confidencialidade dos sujeitos, estes foram codificados em T (1,2,...) para trabalhadores e U (1,2,...) para usuárias.

Em seguida, realizou-se uma leitura flutuante de todo o material e os dados foram organizados, utilizando-se como referencial a análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). Essa se propõe a ir além do que é transmitido aparentemente no discurso, possibilitando que o pesquisador produza inferências não apenas para supor o que foi dito, mas para embasar as mensagens com situações concretas (GOMES, 2002; CAMPOS, 2004).

É relevante destacar que a pesquisadora é trabalhadora do CAPS ad Primavera há três anos, atuando nesse serviço como terapeuta ocupacional e construindo, nesse período, sua trajetória na saúde mental e na saúde coletiva. Nesse sentido, sua experiência e percepção enquanto trabalhadora objetivou dialogar com o estudo, buscando manter o equilíbrio entre suas perspectivas e as demais.

Conforme Bardin (1979), as partes semelhantes do conteúdo foram agrupadas em categorias analíticas identificadas a partir dos objetivos propostos pelo estudo e da leitura dos dados coletados, sendo estas definidas como: barreiras socioeconômicas, barreiras geográficas, barreiras organizacionais e barreiras culturais. Por fim, essas categorias foram articuladas com a revisão de literatura realizada e buscou-se responder às questões da pesquisa.

Ressalta-se que, para a realização desta pesquisa, foi obtida aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sob protocolo nº 012/12. Ademais, conforme determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos, os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estava explicitado o objetivo principal da pesquisa com seus benefícios, assim como a garantia da participação voluntária dos convidados, dos seus direitos, anonimato e proteção contra riscos.

### **3 - Resultados e Discussão**

Os aspectos sociodemográficos das mulheres acolhidas no CAPS ad de Aracaju/SE no ano de 2011 estão apresentados na Tabela 1. A sigla S/in, quando aparece, refere-se à ausência de informação no prontuário. Ao longo da pesquisa, encontramos dificuldade em coletar algumas informações, o que aponta para a necessidade de aprimoramento do instrumento utilizado no acolhimento e/ou do preenchimento do mesmo. Ressalta-se aqui que a característica raça/cor não foi utilizada nesta pesquisa pela ausência de registro dessa informação em mais de 90% dos prontuários analisados, decorrente do não preenchimento do dado ou da ausência de campo para o mesmo, uma vez que esse campo foi retirado quando houve mudança no instrumento impresso no ano anterior. Além disso, todas as usuárias que apresentaram relacionamento estável e residiam com o companheiro foram consideradas como casadas, independentemente da condição de convivência ser reconhecida em cartório e/ou pela igreja e definida pela legislação brasileira como estado civil. Nesse caso, as amasiadas também foram incluídas nessa categoria.

Em 2011, o serviço acolheu 566 novos usuários de substâncias psicoativas, sendo o quantitativo de mulheres igual a 8,3% dos acolhimentos realizados. Aqui é importante destacar ainda que sete mulheres desse total foram reacolhidas, ou seja, já haviam sido inseridas no serviço anteriormente e por algum motivo receberam alta, foram desligadas e, posteriormente, procuraram o serviço novamente. No CAPS ad de Aracaju/SE, o usuário recebe alta não apenas quando possui êxito no

tratamento disponibilizado pelo serviço, mas também quando deixa de freqüentar o mesmo por um período a partir de três meses, abandonando-o.

Apesar do pequeno percentual de mulheres, no ano de 2011, recente pesquisa realizada pelo PET-Saúde/Saúde Mental mostrou que, em 2009, dentre os novos usuários acolhidos, apenas 3,23% foram mulheres e, em 2010, estas representavam 6,59%. Entre maio de 2011 e abril de 2012, um dos subgrupos do PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) / Saúde Mental – Crack, álcool e outras drogas, realizou a pesquisa “Caracterização do perfil dos usuários do CAPS ad Primavera em Aracaju/SE” como parte integrante da pesquisa “Atenção e Cuidado em Saúde Mental ao Usuário de Crack e Outras Drogas no CAPS AD em Aracaju/SE”. Os dados apresentados aqui foram colhidos do relatório final disponibilizado pelas preceptoras e posteriormente apresentados em reunião de equipe. Portanto, ressalta-se que essa pesquisa ainda encontra-se em processo de divulgação. Entendemos que esses dados do período 2009-2011 apontam para um acréscimo no número de mulheres em busca do serviço e isso merece destaque. Mas, cabe também levantar algumas possibilidades: aumentou o número de mulheres usuárias de drogas e/ou as mulheres estão se sentindo menos constrangidas de acessar os serviços? Há algum movimento por parte dos equipamentos de saúde para tentar chegar mais perto deste público?

A acentuada prevalência do sexo masculino foi apresentada também em outras recentes pesquisas brasileiras (Faria e Schneider, 2009; Peixoto et al., 2010) acerca do perfil de usuários de drogas atendidos em CAPS ad. Para Medina et al (2002), isso pode estar associado também à maior prevalência do uso de drogas entre homens, principalmente as ilícitas, como a maconha, a cocaína e os solventes, e o álcool, enquanto droga lícita. Nesse sentido, observamos também que essas são as substâncias psicoativas que acarretam prejuízos significativos de vida que mais demandam cuidado no CAPS ad de Aracaju/SE.

**Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos da população estudada (N=43).**

Descrição	N
<b>Idade</b>	
16 – 19	5
20 – 39	26
40 – 59	9
S/in	3
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeta	3
1º grau incompleto	23
1º grau completo	3
2º grau incompleto	4
2º grau completo	8
3º grau completo	1
S/in	1
<b>Trabalho</b>	
Desempregada/Não possui	24 (1 é estudante)
Trabalho informal	4
Empregada	7
S/in	7
<b>Estado civil</b>	
Solteira	27
Casada/União estável	8
Divorciada	2
Viúva	2
S/in	4

No que se refere aos aspectos sociodemográficos, observou-se um predomínio de mulheres com faixa etária variando de 20 a 39 anos, solteiras, com baixo grau de escolaridade (1º grau incompleto) e em situação de desemprego. Assim, por estarem em uma faixa etária considerada como produtiva, a baixa escolaridade dessas mulheres se reflete em menos oportunidades de emprego. Essas características parecem estar de acordo com outras pesquisas realizadas acerca do perfil de usuários de drogas em CAPS ad, encontradas na literatura, o que pode sugerir que esses serviços têm atendido uma população menos favorecida socioeconomicamente (Faria e Schneider, 2009; Peixoto et al., 2010), o que não quer dizer que nas classes mais abastadas o uso de drogas não seja significativo.

Em relação ao início do uso de drogas entre mulheres, observou-se que este ocorreu em sua maioria ainda na adolescência, com faixa etária variando dos 12 aos 16 anos de idade, sendo esse uso influenciado por pessoas próximas do sexo masculino e relacionado a experiências traumáticas vivenciadas por elas. Os dados encontrados delinearam um quadro semelhante ao apresentado por Hochgraf e Brasileiro (2004), caracterizado, principalmente, por histórias de abuso sexual e de

violência doméstica, cometidas geralmente por genitores, avôs, padrastos ou companheiros; relação familiar conflituosa, na maioria das vezes com os genitores; perdas familiares, sobretudo da mãe, ainda na infância, ou dos filhos, criados na maioria das vezes por outras pessoas ou levados à adoção; e ainda, o fato de terem pais (especialmente alcoolistas) ou parceiros usuários de drogas.

Quanto ao tipo de substância, embora a literatura aponte que o percentual de uso de drogas ilícitas mantém-se mais elevado entre os homens e que o uso de medicamentos, destacando-se benzodiazepínicos, estimulantes e anfetaminas é predominante entre as mulheres (Medina et al, 2002; Zilberman, 2003), observou-se entre as usuárias do CAPS ad Primavera um predomínio do uso de drogas consideradas ilícitas, sendo essas identificadas como a droga principal e/ou causadora dos maiores prejuízos na vida dessas mulheres, o que pode se distinguir dos estudos populacionais porque pode ser que só quem tem outras dependências não acha que deve procurar o CAPS, podendo isto ter relação com a imagem que este tem passado. Destaca-se também que a maior parte dessas usuárias já fazia uso de drogas há mais de um ano. Dessas, apenas sete referem-se ao uso exclusivo de crack e as demais são usuárias de múltiplas substâncias (crack, cocaína, maconha, bebida alcoólica e cigarro). O uso associado não foi verificado nas usuárias que possuem como droga predominante o álcool, sendo estas uma minoria (apenas cinco), com faixa etária acima dos 40 anos de idade. Não foi identificada nenhuma usuária dependente de medicamentos. Ressalta-se, além disso, que apesar desse dado não estar sendo comparado ao tipo de droga consumido por homens acolhidos no serviço, a tendência para a igualdade entre os gêneros já tem sido explicada pela mudança no estilo de vida das mulheres, decorrente das mudanças socioculturais, econômicas e políticas ocorridas na sociedade contemporânea (ZILBERMAN, 2003). Porém, embora possa ser verdade que as mulheres têm se igualado aos homens em padrão de consumo de SPA, é necessário um maior número de estudos, sejam epidemiológicos ou etnográficos, para confirmarem essa assertiva.

Em relação ao modo pelo qual as mulheres adquirem as drogas, foram identificadas algumas histórias de prostituição, principalmente com usuárias de drogas ilícitas, que, assim como apresentado na literatura, tendem a usar o próprio

corpo como moeda de troca para sustentar o uso, entrando muitas vezes na prostituição por esse motivo (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2004).

Por fim, entendendo que o CAPS ad Primavera recebe usuárias encaminhadas por diversos setores, cabe ressaltar que foi percebida a predominância de encaminhamentos de hospitais, seguidos de unidades básicas de saúde, da justiça (Ministério Público e Conselho Tutelar) e de iniciativa própria, não havendo entre estes uma diferença significativa. O encaminhamento realizado por outros serviços da rede parece corroborar com o cuidado preconizado pelo modelo de atenção psicossocial. Porém, vale enfatizar que 23% das participantes deste estudo apresentou história de internação em hospital psiquiátrico, número ainda bastante representativo, o que sinaliza a necessidade de maior avanço nesse processo. Nessa direção, destaca-se também que o baixo número de encaminhamentos de familiares ou transeuntes (vizinhos, amigos e outros) aponta para uma possível fragilidade nos vínculos relacionais dessas mulheres no que diz respeito ao apoio para buscar o tratamento em serviço especializado.

### **Barreiras Socioeconômicas**

De acordo com o que já foi apresentado anteriormente, o uso de drogas por mulheres parece estar relacionado muitas vezes a aspectos que refletem o contexto socioeconômico no qual elas estão inseridas. Entendendo que isso também pode repercutir na acessibilidade dessas usuárias ao serviço de saúde, alguns fatores foram investigados, sendo compreendidos como possíveis barreiras socioeconômicas.

O aumento na proporção de mulheres chefes de família e o peso da tripla carga de trabalho para a sobrevivência, assim como a subvalorização do trabalho feminino e a inexistência de serviços que apoiem as atividades femininas influenciam direta e indiretamente o adoecimento das mulheres (Fonseca, 2005). Possivelmente, essa situação é agravada quando elas são usuárias de drogas, pois além do medo de perderem o emprego ou causarem transtornos à família, comum a todos os usuários na busca por tratamento, a maioria das mulheres possui medo de represálias por parte de companheiros, além de não terem quem cuide dos seus

filhos (Fontanella e Turato, 2002). Corroborando essas ideias dos autores citados, algumas dessas questões foram identificadas neste estudo, partindo da perspectiva de que algumas situações específicas vivenciadas pela mulher usuária de drogas relacionam-se aos papéis sociais atribuídos a mesma. Dessa forma, foram destacados nesta categoria os fatores família e trabalho, constituindo-se assim em possíveis barreiras para o acesso ao CAPS ad Primavera (vide o Quadro 3).

Em relação à família, os trabalhadores consideraram que existe fragilidade nos vínculos entre as mulheres que procuram o serviço e seus familiares. Isso pode ser confirmado tanto nas falas das usuárias, como na caracterização do perfil apresentado anteriormente, sendo possível inferir novamente que esse seria um dos motivos do baixo número de mulheres que chegam ao CAPS ad Primavera acompanhadas da família.

Segundo Smith (1986) apud Zilberman (1998), os homens procuram o tratamento influenciados por familiares e amigos, ao contrário das mulheres, que o fazem apesar da desistência ou abandono dos mesmos para com elas. Percebeu-se que apesar desta não parecer uma especificidade do gênero feminino no CAPS ad Primavera, esse pode ser um fator de impedimento para que as mulheres acessem o serviço com maior frequência.

Nesse sentido, podemos destacar, de acordo com a percepção dos trabalhadores, a existência, ainda que discreta, de uma diferença de gênero, uma vez que os homens usuários de drogas inseridos no serviço parecem ter maior apoio dos seus familiares do que as mulheres. Observou-se que essa percepção esteve relacionada à ideia de que as usuárias de drogas contrariam as normas sociais estabelecidas ao sexo feminino, já que elas deveriam exercer o papel de mãe e esposa, de acordo com o que é construído a partir do contexto cultural e social no qual estão inseridas.

Por isso, em relação à família, analisamos também a relação da mulher usuária de drogas com seus parceiros e filhos. Quanto aos parceiros, os trabalhadores compreendem que o envolvimento de mulheres com homens também usuários de drogas influencia a adoção do consumo da substância por elas, constituindo-se, muitas vezes, também uma relação de subordinação aos mesmos. Ressaltam-se os relatos de usuárias quanto a esse tipo de envolvimento,

verificando-se a ocorrência de violência doméstica por parte dos companheiros em alguns casos, estando essa informação de acordo com os dados encontrados.

Outros estudos evidenciaram que, ao se relacionarem com homens também usuários de drogas, as mulheres usuárias, principalmente de substâncias ilícitas, recebem menos apoio dos companheiros para realizar o tratamento e, na maioria das vezes, estes se opõem claramente a isso (Zilberman, 1998; Hochgraf e Brasiliano, 2004). Esse aspecto não foi destacado pelos participantes deste estudo.

Nessa discussão, podemos identificar elementos que dizem respeito ao lugar que a droga ocupa na vida da mulher, muitas vezes ligado aos motivos pelos quais esta inicia o uso da mesma e o mantém de forma abusiva. Apesar da relação com o companheiro não ter sido apontada diretamente como barreira ao acesso da mulher ao serviço, identificou-se entre os trabalhadores que, ao chegar ao CAPS ad Primavera, as usuárias facilmente iniciam um relacionamento afetivo com os homens inseridos neste, o que favorece novos encontros com a droga, dificultando muitas vezes a continuidade do tratamento. Entretanto, outra questão que merece maior investigação é o fato de que, em outras situações, por já terem vivenciado histórias de violência doméstica, algumas mulheres podem ter dificuldade de acessar o serviço, visto que neste há um predomínio da população masculina.

Quanto aos filhos, verificou-se, tanto nos discursos dos trabalhadores como das usuárias, que muitas vezes o cuidado deles não é realizado por elas, sendo isso resultado não apenas do uso abusivo das drogas, como também das condições socioeconômicas dessas mulheres. Para as usuárias que ainda assumem a responsabilidade primária no cuidado dos seus filhos, o fato de não ter um lugar para deixá-los, principalmente quando ainda dependentes delas, parece ser um obstáculo para a realização do tratamento. Essa percepção esteve presente no discurso de alguns trabalhadores e foi confirmada pelas duas usuárias que estavam ausentes do serviço há mais de um mês, sendo isso assinalado como um dos motivos pelo qual não estavam mais acessando o mesmo. Percebe-se, dessa forma, que a disponibilidade de creches, berçários ou de algum outro equipamento ou recurso para auxiliar no cuidado dessas crianças, no próprio território, seria uma estratégia que poderia ajudar a minimizar essa barreira.

Em relação ao fator trabalho, corroborando com as características socioeconômicas encontradas na caracterização do perfil, as usuárias entrevistadas também apresentaram, em sua maioria, baixo nível de escolaridade e situação de desemprego. O fato de não estarem incluídas no mercado formal de trabalho e possuírem dificuldade para isso foi destacado pelos trabalhadores como um dos obstáculos para que as mulheres acessem o serviço, visto que não possuem uma renda fixa e muitas vezes nem ao menos o recurso financeiro suficiente para suas condições básicas de sobrevivência, como alimentação, higiene e moradia. Dessa forma, a prostituição foi apontada como uma alternativa de sobrevivência. Mas, para além disso, tanto trabalhadores como usuárias relacionaram a prostituição também ao contexto da drogadição no qual estão inseridas, principalmente como possibilidade de aquisição da substância psicoativa, sustentando assim o uso da mesma.

A dificuldade para encontrar trabalho e conseqüentemente para obter uma renda mensal foi também referida pelas usuárias como uma barreira significativa para acessibilidade ao serviço. Elas ressaltaram a falta de recurso financeiro para o uso do transporte como principal motivo disso e aquelas que possuem filhos pequenos destacaram também a falta de recurso para auxiliar no cuidado deles. Doravante, o uso do transporte será discutido enquanto barreira geográfica. Vale destacar que a única usuária que trabalha referiu que, apesar disso, também possui essa dificuldade por receber baixo salário e, além disso, precisa escolher quase sempre entre ir ao tratamento ou ao emprego.

Ressalta-se que a relação entre prostituição e uso de drogas envolve questões que ainda necessitam de discussões acerca da sexualidade e da autonomia da mulher em relação ao próprio corpo, diminuída, nesse caso, pelos fatores socioeconômicos e pelas desigualdades de poder entre os gêneros. Esse, porém, não é um fenômeno recente, sendo socialmente estigmatizado e apontado como de risco para a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS (Silva, 2000; Oliveira, 2008). Nesse sentido, esse aspecto também se apresenta como uma barreira cultural.

### QUADRO 3 – As barreiras socioeconômicas na perspectiva de usuárias e trabalhadores

Fatores	Entrevistados	
	Trabalhadores	Usuárias
Família	<p><b>T1</b> – “[...] porque o companheiro faz uso e aí elas querem estar perto, querem curtir a mesma coisa que eles estão curtindo. [...] Já logo arruma um paquerinha, que também é usuário de droga. Acho também que isso dificulta um pouco [...] Isso acontece muito aqui. [...] Eu acho que o que pode ser que dificulte seja ela ter filho e não ter quem cuide, assim como ela também não pode trabalhar porque não tem onde deixar o filho, entendeu?”</p> <p><b>T2</b> – “Acompanhei acho que duas mulheres aqui no serviço, mais de perto como técnica de referência, e ambas tinham uma dificuldade de relação familiar mesmo, então algumas já estavam há muito tempo na rua. [...] a gente tem uma dificuldade muito grande para trazer a família aqui para o serviço [...] e eu acho que tem uma questão muito forte aí que é o preconceito em relação à mulher usuária de drogas [...] Então acho que é muito mais difícil essa relação da família com a usuária de droga. [...] eu acho que no sexo feminino é um pouquinho mais complicado.”</p>	<p><b>U1</b> – “Ah, perdi tudo na minha vida, amor de família, amor de mãe, amor de tudo. [...] eu quero se aproximar e não tem como, principalmente com minha mãe, nunca consegui, pedi ajuda e nada. [...] E meus filhos, às vezes quando eu tô sem usar as drogas, consigo me comunicar com eles, mas quando eu tô drogada não consigo, me tiram do sério. E alguém fica com os meninos porque eu não consigo chegar perto deles.”</p> <p><b>U3</b> – “Porque são muitas coisas, eu deixei ele, ele tentou me matar, entrou pelo telhado da minha casa, quebrou a porta. Eu ligava pra polícia, a polícia não atendia”. (referindo-se ao companheiro)</p> <p><b>U5</b> – Eu não tô frequentando no momento, porque é que nem eu estou lhe dizendo, eu não tenho quem olhe minhas filhas. Eu tenho vontade de ir. Tenho saudade de ver o pessoal. O que não me anima é que não tenho um lugar pra deixar minha filha, adequado, e condições financeiras.”</p>
Trabalho	<p><b>T3</b> – “O contexto social que a gente tem aqui são mulheres de classe social mais baixa, que não tem uma fonte de renda estável, que não estão no mercado formal de trabalho. [...] envolvidas como profissionais do sexo, trabalhando como profissional do sexo até pra ter a renda [...] e aumenta até o uso de droga à noite porque quer ficar acordada pra trabalhar.”</p> <p><b>T4</b> – “[...] Elas não têm dinheiro pra comer, pra pagar um aluguel, não tem uma fonte de renda estável. Têm muitas aqui que ficam o mês inteiro sem vir [...] porque não têm dinheiro pra vim pra oficina no meio da semana, não tem como frequentar o CAPS, não tem acesso ao CAPS por conta do fator econômico.”</p> <p><b>T7</b> – “Mas, algumas delas não têm uma profissão definida, elas têm uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Às vezes precisam se prostituir pra poder sustentar a questão do uso de drogas. [...] Porque se ela não tem uma profissão, se ela não trabalha, como é que ela vai conseguir chegar ao CAPS, se deslocar ao CAPS? [...]”</p>	<p><b>U2</b> – “Comecei a me prostituir pra poder matar meu vício. [...] vou fazer meus programas e ganhar meu dinheiro pra usar o crack [...] eu uso droga pra fazer meus programas, já vou loucona, eu faço e compro a droga e volto pra pista de novo fazer programa, aí já vou loucona [...] o crack me tira a força pra trabalhar.”</p> <p><b>U3</b> – “Mas, às vezes tenho que escolher, ou o tratamento ou o trabalho, né?”</p> <p><b>U5</b> – “A minha situação financeira influencia a ida, porque agora eu não posso ficar indo de bicicleta, me arriscando nessas pistas. É difícil porque às vezes as pessoas dizem assim: tem dinheiro pra droga, mas não tem pra isso [...] a gente faz algumas coisas pela droga, a gente perde o caráter, a vergonha, eu quando me prostituía mesmo, eu só conseguia drogada, porque normal não conseguia, eu tinha vergonha [...] Eu não tenho acessado pelas minhas condições financeiras, eu não tenho tido dinheiro nem pra comer direito, pra dizer a verdade, quanto mais pra pagar a passagem, nem sempre eu vou tá pedindo carona pra ir lá. Mas, eu tenho vontade de ir. Além disso, vou ter que pagar uma pessoa pra olhar minhas filhas e pagar passagem, aí fica difícil pra ir.”</p>

Fonte: própria

### Barreiras Geográficas

As barreiras geográficas foram uma das dimensões que interferem na acessibilidade observada nesta investigação. Segundo Donabidean (1988), a

acessibilidade geográfica se refere à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades de saúde. Nessa categoria, adotamos os aspectos propostos pelo autor, destacando-se: a distância entre a residência das usuárias e o serviço (CAPS ad Primavera) e a dificuldade no uso do transporte para chegar a este, relacionada a fatores como o custo do mesmo e o tempo de locomoção.

A grande maioria de usuárias e trabalhadores identificou a ocorrência de ambos os aspectos como barreiras significativas para o impedimento à utilização do serviço pelas mulheres usuárias de substâncias psicoativas inseridas no mesmo (vide o Quadro 4). Aspectos socioeconômicos e estruturais, principalmente relacionados à falta de recurso financeiro para fazer uso do transporte e à localização do serviço, assim como aspectos socioculturais, relacionados a situações de preconceito e estigma, apareceram como obstáculos diretamente ligados a essas barreiras, estando também relacionados a outras categorias apresentadas neste estudo.

Quanto à distância entre a residência das usuárias e o CAPS ad Primavera, os trabalhadores destacaram a centralização do serviço como fator que dificulta o acesso das usuárias que moram em bairros mais distantes, inviabilizando a chegada ao mesmo através de caminhada, quando foram referidos longos percursos a pé. Isso se torna ainda mais difícil pelo quadro de adoecimento decorrente do uso da droga apresentado pelas usuárias, sendo assim um fator desmotivador e muitas vezes de impedimento para o tratamento. Dessa forma, relataram que se a unidade fosse mais próxima das residências das mulheres que precisam do serviço, isso facilitaria o acesso das mesmas e, nesse caso, alguns ressaltaram que isso ocorreria independentemente do gênero.

Essa percepção também foi apresentada pelas usuárias, que foram unânimes quando afirmaram que a distância interfere no acesso delas ao serviço, e que, apesar dessa dificuldade, buscam estratégias para solucionar a questão, por desejarem minimizar os prejuízos decorrentes do uso abusivo da substância. Esse aspecto foi enfatizado nas falas das usuárias que o referiram como um dos motivos para estarem ausentes do serviço há algum tempo.

Em relação ao uso do transporte, as dificuldades financeiras apresentadas pelas usuárias, resultantes da falta de renda e da situação de desemprego vivenciadas por elas, foram apontadas como desfavoráveis para o mesmo, ainda que exista um transporte público (mas não gratuito), distribuído regularmente pelo município (vide o Quadro 4).

Para tentar resolver mesmo que pontualmente a situação, trabalhadores e usuárias relataram que estas recorrem à “carona” como estratégia. Porém, a carona aparece quase sempre relacionada a situações de discriminação por serem usuárias de drogas.

Ressalta-se, como já referido, que o serviço de saúde em questão é o único que oferta um cuidado especializado para usuários de substâncias psicoativas no município e que sua localização já foi pautada em espaços coletivos representativos, como a 1ª Conferência Municipal e Regional de Saúde Mental/Intersetorial de Aracaju, por encontrar-se em um bairro considerado distante para uma boa parte da população. Apesar de não termos encontrado diferenças significativas em relação ao número de usuárias por bairro que mais acessaram o serviço quando caracterizamos o perfil das mesmas, isso merece destaque, pois nos leva a refletir que a distribuição desigual dos CAPS ad no país pode estar interferindo no acesso aos mesmos.

Nesse sentido, concordamos com Cunha e Vieira-da-Silva (2010), quando salientam que a análise das razões de problemas como esses, articulando-se às dimensões de acessibilidade, não tem sido valorizada, sendo esse um dos motivos pelo qual os problemas continuam.

Assim, apontamos ser necessária a realização de estudos epidemiológicos que indiquem as maiores concentrações de uso de drogas nos territórios, subsidiando possíveis estratégias de descentralização que, associada à ampliação no número de CAPS ad, obedeçam para sua implantação critérios de territorialização. Além disso, entendemos que a percepção das barreiras geográficas por parte dos gestores pode favorecer a elaboração de projetos com ações conjuntas com outros setores, que sejam voltadas para o uso do transporte público no deslocamento de mulheres usuárias de drogas que necessitam do mesmo para serem atendidas nos serviços de saúde especializados nesse cuidado.

**QUADRO 4 – As barreiras geográficas na perspectiva de usuárias e trabalhadores**

Fatores	Entrevistados	
	Trabalhadores	Usuárias
Distância / localização da unidade	<p><b>T4</b> - “Porque se morasse perto, podia vir a pé, não teria gasto. O gasto era só energético, do corpo. [...] Isso tanto pra homem quanto pra mulher, né? [...] e ainda tem essa distância toda, então ele vai olhar e vai desistir só de pensar no tanto que é longe chegar até o local de tratamento. [...] acaba que na hora que eles vão optar entre uma coisa e outra, eles optam por ficar lá e gastar com a droga”.</p> <p><b>T5</b> - “Mesmo os que têm uma condição de tá pagando transporte público para vim até o serviço, tem a questão da distância que às vezes dificulta um pouco esse acesso”.</p> <p><b>T7</b> - “Eu acho que a questão do CAPS ad, ele não estar tão espalhado pela cidade, como os outros CAPS, dificulta o acesso de qualquer usuário”.</p>	<p><b>U5</b> - “Às vezes a gente também tá cansada, a caminhada não é pequena”.</p> <p><b>U4</b> - “Eu acho longe, né? E aí, tem a questão do dinheiro com a passagem, né? Porque quando eu tava freqüentando, eu tava lá na casa do meu primo, lá na Atalaia. Então, lá é próximo. Então eu ficava lá morando com ele pra freqüentar lá o CAPS”.</p>
Existência de transporte / dificuldades no uso	<p><b>T4</b> - “[...] se tivesse como ter um transporte, de repente, mesmo estando longe, viriam. Mas não tem, então acaba que eles ficam lá acomodados, na falta do tratamento, sabendo que a gente existe, com vontade de vir às vezes, têm muitos aqui que chegam sofrendo porque não conseguem vim [...]”</p> <p><b>T5</b> - “O transporte público existe, está aí. Mas, acho que a falta de incentivo do órgão competente também dificulta, né? [...] o que influencia mesmo é a condição financeira. E pra quem não tem essa condição financeira de tá pagando transporte, isso se torna mais inviável ainda”.</p> <p><b>T7</b> - “[...] porque muitas vezes ela vem com a aparência suja, ou muitas vezes ela vem com uma higiene precária, mas tem uma tatuagem, alguma coisa que mostra ou signifique que aquela pessoa faz uso de droga ou porque tá com hálito de quem fez uso de bebida alcoólica, isso traz dificuldade em qualquer locomoção”.</p>	<p><b>U1</b> - “[...] eu não tenho o dinheiro da passagem, não tenho uma carteira de passe, não tenho nada, fico dependendo de tá pedindo carona ou se humilhando aos outros pra poder chegar aqui. [...] quando mandam descer eu desço, às vezes luto com eles, eles tiram à força, mas que isso afeta, afeta. Eles acham que eu vou roubar, né? Ou fazer um assalto. Ficam meio desconfiados, porque às vezes eu falo que tô precisando pra fazer um tratamento, que eu sou uma usuária e não tenho dinheiro pra pagar. Discrimina. Se eu to arrumada, fala. Se eu to suja, fala”.</p> <p><b>U3</b> - “O ônibus cheio, lotado, aí eu fico nervosa. [...] só tem um ônibus que é o Circular Cidade 2, porque um bairro tão grande desse só tem um ônibus, só uma opção pra gente.”</p> <p><b>U4</b> - “[...] por isso que eu parei mais de ir quando eu fui morar pra lá para o Paraíso do Sul. Aí eu parei de ir porque não tinha como eu tá indo pra lá porque nem todo dia tinha carona. Aí eu parei de frequentar”.</p>

Fonte: própria

Conforme apontado no fragmento discursivo abaixo, ressalta-se que um (a) trabalhador (a) apresentou visão contrária em relação aos demais por compreender que os fatores discutidos anteriormente não representam barreiras para que essas mulheres acessem o serviço. Nesse contexto, cabe destacar que essa percepção é de um profissional que possui pouco tempo de atuação no CAPS ad em relação aos outros trabalhadores.

*“Porque tem muita gente que mora longe e que vem, e também tem os usuários homens que moram longe e que vêm. Então, eu não vejo dificuldade nenhuma nisso não, sabe? Inclusive assim, tem ônibus que vem direto, o ônibus sobe lá da zona norte pra zona sul. Então, tendo o dinheiro*

*da passagem não há dificuldade de chegar, entendeu? [...] 'não tenho dinheiro pra ir para o CAPS, mas tenho pra usar droga'. Alegam não ter dinheiro da passagem, mas tem dinheiro pra outras coisas. Então, não é prioridade o tratamento”.*

## **Barreiras Organizacionais**

Donabidean (1988) refere-se à acessibilidade sócio-organizacional como uma das dimensões de acessibilidade em que todos os aspectos relacionados ao funcionamento dos serviços, ou seja, todas as características relativas à oferta dos mesmos que interferem no seu uso estão incluídas. Partindo dessa definição - e considerando que o cuidado ofertado por um CAPS ad, sustentado pela lógica psicossocial, parte da perspectiva da promoção do bem-estar dos sujeitos assistidos, sendo por isso indispensável ouvi-lo, conhecer suas necessidades de saúde e suas pretensões em relação à mesma (Ayres, 2000) -, identificamos a necessidade de investigar dois dispositivos importantes para essa proposta: acolhimento inicial e Projeto Terapêutico Singular. Dessa forma, as dificuldades encontradas na execução desses dispositivos são sugeridas, neste estudo, como possíveis barreiras organizacionais (vide Quadro 5).

O acolhimento é uma ferramenta utilizada para qualificar a escuta do usuário, construir vínculo e garantir o acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (Brasil, 2006), devendo, portanto, privilegiar a escuta para construir a direção do tratamento. No CAPS ad Primavera, o acolhimento inicial ocorre de segunda à sexta-feira, nos dois turnos (manhã e tarde), exceto dia de quinta-feira (reservado para reunião técnica), sendo realizado pelos profissionais de nível superior, geralmente em uma sala específica para essa prática. É a partir dele que as demandas manifestadas pelo usuário, familiares e outros sujeitos que compõem a rede social do mesmo são identificadas.

Dessa forma, avaliando-se a necessidade de saúde trazida pela pessoa acolhida, o fluxo inicial no serviço é definido com a participação do usuário, realizando-se também os encaminhamentos necessários. Nesse processo, é importante ressaltar que, inicialmente, os usuários são recebidos pelos profissionais responsáveis pela recepção do serviço e permanecem nesse espaço enquanto aguardam o primeiro atendimento do profissional escalado para realizar acolhimento

naquele turno, uma vez que obedecem a uma ordem de chegada. Desse modo, consideramos que o acolhimento realizado na recepção também é parte do acolhimento inicial do usuário no serviço.

De acordo com a percepção dos trabalhadores entrevistados, o acolhimento inicial no CAPS ad Primavera é realmente o momento de identificação das necessidades de cuidado para todos os usuários que são acolhidos. Porém, eles não identificaram nenhuma estratégia específica utilizada para acolher as mulheres que chegam ao serviço. Nesse sentido, o modo de fazer utilizado por eles parece não se basear em algum referencial ou estratégia que considere a especificidade de gênero, ficando qualquer questão mais relacionada à mulher usuária de drogas para ser investigada de acordo com a compreensão de cada trabalhador, quando achasse necessário. É importante ressaltar que nem todos os trabalhadores consideram relevante existir abordagens diferenciadas de gênero no acolhimento.

Apesar disso, todas as usuárias que participaram do estudo referiram-se de forma satisfatória ao acolhimento, uma vez que relataram que o mesmo atendeu às suas expectativas e necessidades, e que ainda sentiram-se motivadas por serem recebidas de forma atenciosa pelos profissionais. Ainda de acordo com a percepção das usuárias, essa abordagem foi estendida para além do contato inicial, estando presente no decorrer do tratamento, a partir do momento em que foram inseridas no serviço.

Cabe ressaltar, no entanto, que alguns comportamentos observados com os profissionais que realizam intervenções ainda na recepção e também com familiares que ficam aguardando atendimento nesse espaço foram considerados inadequados por estarem relacionados a alguma situação de discriminação vivenciada pelas usuárias quando acolhidas. Nesse sentido, muitas usuárias chegam ao serviço para um primeiro contato e não retornam em seguida, o que nos leva a sugerir que a ocorrência de falas com julgamento de valor ou olhares interpretados como preconceituosos ainda na recepção do serviço podem ser uma barreira para o acesso ao mesmo. Doravante esses e outros aspectos serão discutidos também como barreiras culturais.

Zilberman (1998) salienta que, ao buscarem serviços não-especializados, as mulheres de um modo geral não possuem diagnóstico correto em relação ao uso de

drogas, por apresentarem queixas vagas de saúde e sentimentos de vergonha decorrentes do estigma social a que estão submetidas. Por isso, em se tratando de um serviço voltado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, cuja iniciativa das mulheres na procura por atendimento apresenta-se permeada de obstáculos diversos, alguns dos quais analisados neste estudo, e outros inclusive de natureza subjetiva (Fontanella e Turato, 2002), identificamos a necessidade de discutir o acolhimento enquanto dispositivo também voltado às singularidades de gênero. Isso porque, como esse é o primeiro contato que a usuária tem com o serviço e o início da construção do seu vínculo com o mesmo, entendemos que, quando esse contato não é de boa qualidade, pode acarretar na perda de outras oportunidades de acesso ao serviço de saúde, configurando-se como uma barreira para o mesmo.

Ademais, salientamos a importância de reavaliar também a estrutura do lugar em que as usuárias são recepcionadas e aguardam para serem acolhidas, visto que a recepção do CAPS ad não se localiza em uma sala reservada, protegida de interferências externas e com aspecto acolhedor. Ao contrário, encontra-se em corredor aberto e sem ambiência adequada.

Em relação ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um instrumento que busca resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico, apresentando-se como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e do sujeito (Brasil, 2007), alguns trabalhadores destacaram a redução de danos transversal a todos os PTS e como abordagem norteadora das práticas do CAPS ad Primavera, o que estaria de acordo com os princípios e diretrizes da política de saúde para atenção aos usuários de drogas.

Funcionando para além da troca de seringas, de distribuição de preservativos ou de orientações quanto às doenças sexualmente transmissíveis, a redução de danos permite que a pessoa usuária de drogas se beneficie das políticas sociais e de saúde que se encontram em vigência, sendo esta um modelo contra-hegemônico de prevenção ao uso e abuso de drogas àqueles baseados exclusivamente na lógica da abstinência (Fonseca, 2005; Siqueira, 2006). Ademais, um dos maiores desafios da redução de danos é realizar ações que considerem as especificidades de

pessoas e grupos em seus diferentes contextos socioculturais, contemplando também a perspectiva de gênero (Oliveira, 2008). Porém, apesar de não ser pretensão deste estudo fazer uma revisão conceitual sobre essa abordagem, não foi possível identificá-la no discurso de grande parte dos entrevistados como norteadora na construção do PTS das mulheres atendidas no serviço.

Além disso, assim como ocorreu no acolhimento inicial, não foi identificada nenhuma linha de cuidado voltada às questões de gênero, comum a todos os trabalhadores, sendo esta mais uma vez definida de acordo com a compreensão de cada um. Os trabalhadores mostraram perceber a importância da elaboração do projeto terapêutico a partir de uma perspectiva acolhedora, alguns enfatizaram a inclusão de ações voltadas à aproximação com a família dessas mulheres, por identificarem que essa relação é quase sempre problemática e interfere diretamente no uso da droga, e um deles enfatizou a inclusão de ações preventivas em relação às doenças sexualmente transmissíveis, por perceberem que as usuárias possuem quase sempre muitos parceiros.

Em relação à execução do PTS, esta apareceu quase sempre vinculada à realização de oficinas terapêuticas, parecendo ser essa a principal estratégia de cuidado ofertada dentro do serviço para todos os usuários. Os trabalhadores referiram-se ao grupo terapêutico para mulheres que era ofertado anteriormente, e afirmaram, além desse, ser necessária a oferta de atividades e outras intervenções específicas às usuárias, ressaltando, dentre elas, o atendimento psicológico individual, por perceberem nestas a necessidade de escuta, por possuírem problemas relacionados na maior parte das vezes às questões afetivas, sejam elas relativas aos relacionamentos com filhos, companheiros ou outros familiares. Contudo, não pontuaram a existência de nenhuma dessas intervenções no serviço, no momento em que a pesquisa foi realizada.

Ainda segundo Zilberman (1998), as mulheres dependentes de substâncias psicoativas são beneficiadas quando realizam tratamento em um programa voltado somente para elas, uma vez que, na presença de homens, há predominância da linguagem masculina, já que estes são maioria. Nesse sentido, os trabalhadores ressaltaram que, além da falta de atividades específicas, a menor frequência das mulheres no serviço também parece estar associada à diferença na proporção de

homens em relação a elas, sendo esse um dos determinantes para a dificuldade de acesso delas ao CAPS ad Primavera. Apesar de considerarmos ser imprescindível a realização de estudos mais aprofundados que identifiquem os motivos inerentes a essa questão, acreditamos que esse pode ser um dos motivos de impedimento à vinda das mulheres ao serviço, visto que, como dito anteriormente, muitas delas possuem conflitos com os parceiros, inclusive com história de violência doméstica e, nesse caso, a predominância de homens pode inibi-las, principalmente na participação de atividades que abordem temáticas relacionadas ou permitam a fala de suas questões. Esse fator foi apresentado por algumas usuárias que, apesar de se declararem satisfeitas em relação à disponibilidade da equipe em oferecer ajuda, assim como em relação às atividades realizadas, destacaram a dificuldade percebida em alguns momentos por estarem em um ambiente predominantemente masculino.

Ressalta-se ainda que uma delas informou que, ao vir ao serviço em determinados momentos, não havia atividades sendo realizadas, sendo esse fator desmotivador para continuar frequentando o mesmo.

Podemos inferir, a partir disso, que a falta de intervenções no serviço e fora deste, assim como da oferta de atividades que contemplem as singularidades das mulheres usuárias de drogas, o que deveria ser prioridade na construção do PTS das mesmas, assim como o predomínio de uma população masculina no CAPS ad Primavera podem ser vistos como barreiras de acessibilidade a essas mulheres, nesse serviço de saúde. Assim, parece ser necessária uma diversificação nos modos de acolher e atender para que as diferenças existentes sejam respeitadas.

## QUADRO 5 – As barreiras organizacionais na perspectiva de trabalhadores e usuárias

Fatores	Entrevistados	
	Trabalhadores	Usuárias
Dificuldades no Acolhimento	<p><b>T3</b> – “Eu não vejo uma estratégia, alguma específica não. A mesma tentativa que a gente faz com os usuários, a gente faz com as mulheres, com as usuárias. [...] Agora assim, não que exista uma política, entendeu? É mais uma percepção do profissional.”</p> <p><b>T7</b> – “[...] Tem alguns comentários, ‘essa aí bebe’, ‘ah, é usuária de crack, né?’. Assim, algumas coisas sutis que eu ouvi mais na recepção do CAPS. É um ponto que eu acho assim muitas vezes de fala preconceituosa. Não que não tenha em outros ambientes [...] Mas, que lembro de falas assim é basicamente na recepção, nesse acolher da usuária.”</p>	<p><b>U1</b> – “[...] Mas outras pessoas que estão tendo acesso ao CAPS. [...] Às vezes eles querem ser melhor que a gente assim, não falar, não dá um bom dia, querem ter nojo, entendeu? Querem ser melhor do que a gente.”</p> <p><b>U2</b> – “Preconceito é quando a pessoa chega e diz ‘é aí uma nóia, uma crackeira’. [...] olhar diferente só das pessoas que chegam que ficam naquelas cadeiras na frente, que são familiares, pessoas de fora que vêm aqui, aí olha com aquele jeitinho assim.”</p>
PTS não singularizado	<p><b>T5</b> – “O grupo de mulheres que acontecia no serviço também tinha muito esse cuidado com as usuárias e era uma coisa muito específica pra elas e que fazia bem [...] o cuidado de forma geral, eu acho que deveria ser o mesmo que tem para os homens, certo? [...] Mas, eu achava interessante mesmo ter atividades específicas também para as mulheres [...]”</p> <p><b>T7</b> – “Eu acredito que aqui, o CAPS ad é um lugar ainda muito masculino, quando a gente vai pensar nas oficinas, nos grupos, parece que a gente só pensa nos homens porque a quantidade realmente é muito grande. Mas, a gente já teve períodos aqui que a gente já teve atividades específicas pra mulheres, mas hoje, atualmente, não tem um olhar específico pra mulher. [...] é um ambiente muito masculino, faz com que os problemas peculiares à mulher, por exemplo, os cuidados físicos, não conseguir cuidar da casa, lavar os pratos ou mesmo coisas do emocional da mulher, as fragilidades, a parte sexual dela, ela não consegue falar em um grupo. Eu trabalho em um grupo terapêutico, e nenhuma adere à atividade, de dez homens tem uma ou duas mulheres... elas não ficam!”</p>	<p><b>U3</b> – “Logo no início quando eu vim pra cá, tinha um casal, e tinha um menino que era muito encrenqueiro, aí eu vi coisa feia. A mulher teve que ir pra enfermaria de tão nervosa que ela tava. Aí pronto, não tive mais coragem de vim. Porque do jeito que ele fez com aquela senhora, podia fazer comigo ou com qualquer pessoa. [...] eu vim aqui não sei quantas vezes pra fazer atividade, aí eu chego aqui, não tem, porque falta isso, falta aquilo. Aí às vezes eu digo, não vou não, só gastar dinheiro pra não ter nada. Aí ficar assim sem fazer nada, no meio desse povo aí. E às vezes eu venho só pra dizer que venho, porque me dá uma gastura de ficar aqui. Ter mais homens do que mulher me incomoda.”</p> <p><b>U4</b> - “Mas, é porque elas não ficam mesmo, né? Não gostam ou porque ficam com vergonha. Eu mesma não fico com vergonha não. [...] não sei se porque eu já tive um grau de escolaridade, eu vivi outras coisas a não ser droga antes disso. Então, eu queria recuperar isso, então acho que elas não, elas não viam por esse lado, eu via... eu tive uma vida totalmente diferente. Eu não tava nem aí porque era homem igual a mim, tudo usuário de droga.”</p>

Fonte: própria

### Barreiras Culturais

A menor procura realizada por mulheres aos CAPS ad tem sido apresentada em alguns estudos como decorrente de possíveis questões socioculturais, como o estigma social, o qual parece ser maior quando a pessoa usuária de drogas é uma mulher (Zilberman, 1998; Hocgraf e Brasiliano, 2004; Faria e Schneider, 2009; Peixoto et al 2010). Além disso, essa menor procura parece ser consequência

também das concepções construídas acerca das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e a falta de preparo daqueles que lidam diretamente com essa problemática, como é o caso dos profissionais de saúde.

Partindo dessa perspectiva, foram observadas, dentre as possíveis barreiras culturais para a acessibilidade das usuárias ao serviço, os seguintes fatores: o estigma existente em relação à mulher usuária de drogas e situações de preconceito vivenciadas por elas relacionadas ao mesmo, e a formação profissional e pessoal dos profissionais que ofertam o cuidado a essa mulher (vide o Quadro 6).

De acordo com a percepção da maioria dos trabalhadores, o estudo delineou a existência de uma visão preconceituosa em relação à mulher usuária de drogas por parte dos que prestam atenção à mesma. No entanto, os que foram entrevistados não se identificaram como preconceituosos, fazendo referência apenas aos demais profissionais e à sociedade em geral. Ao contrário, essa percepção não foi observada entre as usuárias entrevistadas, que negaram já terem vivenciado qualquer situação discriminatória por parte dos trabalhadores.

O preconceito referido pelos trabalhadores apresentou-se relacionado principalmente à ideia de que o consumo de substâncias psicoativas é tido como um comportamento basicamente masculino; ao contexto de prostituição no qual as usuárias estão inseridas; e ao não cumprimento dos papéis sociais que são determinados para a mulher, especialmente quanto ao seu lugar de cuidadora e mãe, por entenderem que estas não conseguem cuidar dos filhos em decorrência do uso abusivo da droga. Dois trabalhadores salientaram que esse posicionamento preconceituoso ocorre quase sempre no ambiente da recepção do serviço, sendo este um dos lugares de acolhimento inicial da usuária, conforme já enunciado. Essa situação foi trazida também por uma das usuárias, porém com a compreensão de que o preconceito ocorre por parte de familiares que ficam na recepção aguardando o atendimento de algum técnico.

Ressalta-se, porém, que, apesar de negarem, verificamos no discurso de alguns dos trabalhadores entrevistados a presença de falas permeadas em determinados momentos de estereótipos e de julgamento moral, principalmente quando se referiram à relação de 'abandono' das mulheres usuárias de drogas com seus filhos, à influência dos parceiros no uso da substância por estas e à ideia de

que toda usuária de droga se prostitui. Apesar das mudanças no estilo de vida da população feminina, esses discursos parecem impregnados de aspectos culturais que estabelecem papéis específicos para os homens e para as mulheres, o que pode se refletir diretamente na atenção dada às usuárias (OLIVEIRA, 2008).

Nessa direção, essas questões sinalizam a forma como as pessoas percebem homens e mulheres que fazem uso de drogas, tornando visível, nesse caso, a diferença de gênero, o que aponta para uma reflexão acerca das relações de poder presentes nesse contexto. Assim, essas percepções resultam em desigualdades entre eles, influenciando na construção cotidiana de preconceitos e discriminações em relação às mulheres (SCOTT, 1992).

De acordo com a literatura, o preconceito histórico e o estigma que sempre acompanhou o uso de drogas em mulheres podem ter inibido o reconhecimento dessa problemática (Zilberman, 1998; Elbreder et al., 2008). Além disso, favoreceu a construção de alguns mitos, como o da pior evolução e o da menor adesão ao tratamento, quando comparadas aos homens (HOCHGRAF e BRASILIANO, 2004).

Ainda decorrente do estigma social, as usuárias parecem apresentar um sentimento de vergonha que dificulta a entrada e a permanência delas nos serviços de saúde especializados, reforçando também a exclusão social dessas mulheres (Zilberman, 1998; Oliveira, 2008). Essa foi uma percepção presente entre trabalhadores e confirmada pelas usuárias, o que nos permite inferir que este pode ser realmente um fator de impedimento para o acesso das mesmas. Entretanto, essa questão requer outras investigações, pois podem estar relacionadas ainda à resistência ao tratamento ou à resistência para assumi-lo, por ser um serviço especializado no cuidado para pessoas com problemas relacionados ao uso das drogas.

Vale a pena ressaltar, portanto, com exceção de apenas um profissional, que os trabalhadores acreditam que, apesar do estigma e do preconceito ocorrerem em ambos os sexos, as mulheres usuárias de drogas são ainda mais estigmatizadas quando comparadas aos homens e que esta é uma barreira para a acessibilidade das mesmas ao CAPS ad. Destacamos que o profissional citado apresenta menos tempo de atuação no serviço em relação aos outros, o que pode influenciar essa percepção.

Nessa direção, Nóbrega e Oliveira (2005) identificaram, em estudo realizado por elas, que a baixa receptividade dos profissionais constituía-se em uma barreira para a busca de tratamento pelas mulheres usuárias de álcool, considerando-se fundamental que estes deveriam então se abster de atitudes preconceituosas ao receberem as mesmas. Nota-se, contudo, que a maioria das situações relacionadas ao estigma e preconceito vivenciados pelas usuárias no referido serviço é causada pelos próprios usuários do sexo masculino. Estes parecem se aproximar sempre com interesses secundários, como se a condição de ser mulher e fazer uso de drogas estivesse necessariamente vinculada ao contexto da prostituição ou à promiscuidade. Essa foi uma percepção comum a trabalhadores e usuárias. Ambos parecem partir novamente do pressuposto que essa situação é favorecida pela grande diferença que existe entre o número de mulheres e homens inseridos no serviço. Podemos ainda sugerir que isso é agravado pela ideia presente no senso comum, na população, de que mulheres usuárias de substâncias psicoativas se prostituem ou adotam o sexo casual para obter a droga, inclusive com homens que já são usuários da substância. Assim, podemos inferir que o preconceito e o estigma são fatores que dificultam a acessibilidade da mulher usuária de drogas ao CAPS ad, colaborando para a baixa frequência das mesmas ao serviço e constituindo-se em barreiras culturais significativas.

Em relação aos aspectos da formação dos trabalhadores do CAPS ad, a maioria dos profissionais entrevistados identificou a formação acadêmica como insuficiente não apenas quando relacionada ao cuidado disponibilizado às mulheres inseridas no serviço, como a qualquer usuário de drogas. Apenas um trabalhador (a) conseguiu pontuar contribuições para o cuidado às mulheres assistidas relacionadas diretamente à formação acadêmica, sendo estas adquiridas com cursos de graduação e pós-graduação, esta última específica na área. Apesar disso, não foi possível destacar nenhuma divergência específica em relação às diferentes categorias profissionais que participaram do estudo. No entanto, os resultados do mesmo evidenciaram a necessidade de investimento em educação permanente quanto à discussão de gênero no uso de drogas, já que, além de terem sido observados vários discursos permeados de ideias do senso comum e estereótipos

em relação à temática, apenas um trabalhador referiu-se a essa perspectiva como abordada na formação acadêmica.

Porém, os trabalhadores destacaram que a existência de uma visão preconceituosa relacionada ao contexto da drogadição é advinda quase sempre da formação pessoal, sendo desmistificada a partir da prática profissional cotidiana. Entretanto, os dados colhidos não foram suficientes para identificar como isso ocorre. Algumas trabalhadoras enfatizaram que o fato de elas serem do sexo feminino era favorável para o cuidado à mulher usuária de drogas, percepção que também esteve presente entre algumas usuárias.

#### QUADRO 6 – As barreiras culturais na perspectiva de trabalhadores e usuárias

Fatores	Entrevistados	
	Trabalhadores	Usuárias
Estigma / Preconceito	<p><b>T1</b> – “Ela teve treze filhos e ela não cuida de nenhum, ela entregou todos, sabe? Fica aquela questão assim, isso não é mãe, isso é crueldade. Então a gente tem muito isso, isso aparece nas falas dos técnicos em geral. A questão de não ter vínculo mesmo com ninguém, um filho de cada pai [...] a fala dita mesmo de preconceito e estigma. [...] Mulher que bebe, que toma uma, que sai às quedas, ‘olha pra ali’, aí fica mal falada e aí acho que por essa questão também ela deixa de vim. Porque assim é marcada. Vim pra cá e dizer ‘eu sou usuária de droga’, ‘eu to me tratando’, entendeu?”</p> <p><b>T2</b> – “[...] mesmo que a gente não perceba, mas muitas vezes a gente cria algumas barreiras pra que essa mulher continue dentro desse serviço. [...] pessoas que recebem de cara quem chega ao serviço, muitas vezes com piadinhas, com falas pejorativas em relação à mulher, que ela devia se respeitar, que devia ter a postura de uma mulher, de uma mãe.[...] os usuários chegam em cima, querendo ter, como se todas as mulheres que usassem droga se prostituíssem [...] E aí eles chegam junto da usuária, como se fossem conseguir algum tipo de programa, alguma coisa, e muitas vezes elas se fecham e aí esse assédio fica tão grande que ela se constrange tanto que não dá conta de ficar no serviço.”</p> <p><b>T7</b> - “[...] eu acho que elas não criam o sentimento de pertence, e acho que vai além de atividades, mas neste local por ter muitos homens, e muitas vezes já estar com problemas com parceiros delas. Porque aqui tem muitos homens, e como é que fica o marido, o companheiro em casa sabendo que ela está em um ambiente predominantemente masculino?”</p>	<p><b>U1</b> - “Trataram com preconceito, mas eu na bucha deles, eu meto na bucha, se for na violência, eu levo na violência, se for na ignorância, eu vou na ignorância, me defendo do jeito que eu posso. Eu me trato como homem também. Pra mim eu sou um homem no meio deles. Mas, eles não vêem isso, sempre com gaiatice.” (referindo-se a usuários)</p> <p><b>U3</b> - “Olhe, lá onde eu moro quase ninguém sabe que eu ando aqui, se souber vão ficar com enjôo, acho que só umas duas pessoas. Tem uma vizinha que eu ando até meio distanciada dela, porque acho que vão ficar mangando de mim, sei lá. ‘Você é doida, você é isso’. Não quero que fiquem pensando isso porque vou ficar com vergonha.”</p> <p><b>U4</b> – “Tem muitos homens lá que são muito ousados, né? Porque a mulher usa crack, acha que tem que abrir as pernas. [...] Lá eu sofri com ‘José’ que me tratava bem porque achava que eu ia querer alguma coisa, só que aí eu não quis ele, e ele começou a falar que eu me trocava por uma pedrinha. São essas coisas. Então isso me deixou muito triste. [...] o que tem é preconceito, né? Que a mulher usa droga, que homem tem que fazer, a mulher não. Dizem assim ‘se drogando ao invés de tá em casa cuidando do filho, né?’ [...]”</p>
	<p><b>T1</b> – “[...] minha formação acadêmica não contribuiu em nada para o cuidado para usuários de drogas, independente de ser homem ou mulher. A formação pessoal me ajuda a conseguir ter uma aproximação maior com as mulheres, por ser mulher, me afetar</p>	<p><b>U2</b> – “Só acho que quando uma mulher atende ela dá mais atenção do que um homem.”</p> <p><b>U4</b> – “Os trabalhadores ajudam tanto e depois atrapalham, né? Às vezes a pessoa vai querer</p>

<p>Formação dos trabalhadores</p>	<p><i>mais com a questão de ser mulher.”</i></p> <p><b>T2</b> – “[...] talvez eu carregue alguns preconceitos, como a forma que fui cuidada, criada, no meio de uma educação católica onde a mulher tem esse papel mesmo de mãe, cuidadora.”</p> <p><b>T3</b> – “Eu já tive muitos preconceitos. Hoje, com o tempo, com os acontecimentos e com o aprendizado diário, e de educação continuada, eu hoje já tenho um outro olhar, entendeu? Mas, eu não sinto a gente preparado não. [...] na nossa criação, a droga é coisa errada, entendeu? É de base familiar, é de base escolar, é de base religiosa, é de base social.”</p>	<p><i>conversar alguma coisa pra passar por algum problema e eles dão mais é patada porque a pessoa não pode dar uma recaída. Tipo assim, essas coisas, tem que tá ali firme, e o ser humano não é, né? [...] quando eu via as meninas falando que a técnica queriam pegar no pé delas, só que aí elas faziam pior, usavam lá dentro mesmo. [...] minha técnica, a gente tinha uma relação, então ela não me olhava com cara feia, me acolhia de novo, já a outra ficava com piada [...] aí sabe de uma coisa, ‘não vou mais não’ e não fui mais.”</i></p>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: própria

#### 4 - Considerações finais

Os resultados deste estudo evidenciaram a existência de barreiras significativas para a acessibilidade de mulheres usuárias de drogas em um CAPS ad. A abordagem qualitativa, adotada no mesmo, permitiu identificar questões que perpassam o contexto da drogadição, no qual elas estão inseridas, e que tantas vezes influenciam a atenção relacionada ao uso de álcool e outras drogas, possibilitando assim uma aproximação ao objeto escolhido, além de permitir o diálogo entre as perspectivas da pesquisadora e dos demais participantes.

Os dados apresentados, contudo, não devem ser generalizados, uma vez que se referem às percepções de um grupo de trabalhadores e usuárias inseridos em um serviço de saúde específico. Porém, além de apontar para a complexidade relacionada ao consumo das drogas na sociedade contemporânea, confirmaram a necessidade de investigações acerca do uso de drogas entre mulheres, considerando as especificidades de gênero, ampliando assim o conhecimento acerca dessa temática, que ainda apresenta-se escassa em relação a estudos empíricos.

O perfil das usuárias do CAPS ad Primavera caracterizou-se predominantemente por mulheres jovens, solteiras, sem emprego e com baixo grau de escolaridade. Esse cenário apresentou-se associado aos aspectos relacionados aos contextos nos quais estas estavam inseridas, assim como ao lugar que a droga ocupa em suas vidas. Contudo, o perfil encontrado não caracteriza todas as usuárias do município estudado, mas as que estão inseridas no serviço referido. Confirmando-se a hipótese levantada, as mulheres usuárias de drogas parecem

apresentar situações específicas, que possivelmente não estão sendo atendidas pelo CAPS ad, devido às dificuldades de acesso encontradas para obter a atenção necessária, sendo este possivelmente o motivo pelo qual apresentam menor frequência ao mesmo. Recomenda-se, portanto, a realização de estudos que contextualizem a situação encontrada, permitindo ainda identificar as reais necessidades de saúde dessa população, bem como subsidiar o planejamento de intervenções que possam contribuir para solucionar alguns dos problemas encontrados.

Em relação às barreiras socioeconômicas analisadas, estas se apresentaram quase sempre relacionadas à fragilidade no vínculo familiar, estando esta relacionada à falta de apoio dos familiares na busca do tratamento, assim como à falta de emprego e, conseqüentemente, de recursos financeiros. Estes últimos repercutem na dificuldade encontrada pelas usuárias nos cuidados com seus filhos e, principalmente, no uso do transporte para ir ao serviço. Ainda resultante do contexto socioeconômico das usuárias, a prostituição esteve presente em quase todos os discursos, para além de uma estratégia de sobrevivência, mas voltada também à obtenção da substância psicoativa.

Ressalta-se que a dificuldade financeira percebida como obstáculo para o uso do transporte público reflete a existência de uma barreira geográfica para o acesso dessas mulheres ao CAPS ad Primavera. Além disso, a distância do serviço em relação às residências das usuárias, assim como a centralização do mesmo em um único lugar da cidade, também foi apontado como fator de impedimento ao acesso.

Destaca-se também que alguns aspectos apresentaram-se em mais de uma categoria. Nessa direção, o preconceito sofrido a partir do estigma social ao qual a mulher usuária de drogas encontra-se submetida foi enfatizado tanto no discurso de trabalhadores como de usuárias, sendo percebidos também como barreiras culturais que dificultam a acessibilidade. As usuárias destacaram, no entanto, que situações caracterizadas como preconceituosas são vivenciadas principalmente com os usuários do sexo masculino que frequentam o serviço, fator que também foi apontado pelos trabalhadores. Esse comportamento, assim como as falas por vezes preconceituosas presentes nos discursos dos trabalhadores, apresentou-se associado quase sempre aos papéis sociais que a mulher ocupa, principalmente de

mãe, ligados à ideia de que o uso de drogas é mais discriminado quando realizado por mulheres.

A formação dos trabalhadores também se mostrou uma barreira cultural no que diz respeito a essa questão, principalmente no que diz respeito à formação acadêmica. Há uma necessidade de maior investimento em educação permanente para minimizar essa situação.

Em relação às barreiras organizacionais, apesar da ausência de abordagens específicas para a realização do acolhimento inicial, este não foi identificado como obstáculo significativo para o acesso das usuárias. Porém, entendendo que esse processo também inclui a recepção, foram apontadas situações de preconceito presenciadas na mesma, o que pode sugerir uma barreira organizacional. Também, o predomínio do número de homens em relação ao número de mulheres foi analisado em mais de uma categoria como barreira significativa em relação ao acesso das usuárias. Ainda em relação à construção e execução do projeto terapêutico singular, identificou-se fragilidades acerca do conhecimento deste enquanto dispositivo de cuidado, que tem como principal objetivo a singularidade dos sujeitos assistidos. Analisou-se que as especificidades de gênero quase sempre não são consideradas e que este se apresenta associado basicamente à oferta de oficinas e/ou de outras atividades oferecidas dentro da unidade. Porém, recomenda-se a realização de outras investigações para uma melhor compreensão acerca dos motivos disso.

Dessa forma, apesar de apresentar-se como um serviço de porta aberta e dispor de uma equipe multidisciplinar que sugere a oferta de uma atenção singular às mulheres usuárias de drogas, a existência de barreiras socioeconômicas, geográficas, organizacionais e culturais parece dificultar para essas mulheres a obtenção de cuidados de saúde no CAPS ad Primavera. Os dados apresentados refletem algumas dificuldades em produzir respostas às necessidades de saúde dessa população, fazendo-se necessário repensar e reavaliar estratégias que minimizem as barreiras que caracterizaram, neste estudo, a acessibilidade ao serviço. Sugerimos que essa proposta possa também ser discutida com outros atores, como familiares, trabalhadores de outras redes e gestores, já que estes também estão envolvidos nesse processo. É importante ainda considerar a

incorporação da perspectiva de gênero não apenas em outros estudos que recomendamos realizar - para favorecer e aprofundar novas investigações sobre essa temática -, como também nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, que atendem usuários e usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares, fornecendo, além de subsídios às políticas públicas voltadas aos mesmos, contribuições para o fortalecimento do SUS, já que este é orientado pelo princípio de acesso universal e igualitário.

## REFERÊNCIAS

AURÉLIO. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. Corresponde à 3ª. Ed., 1ª. impressão da Editora Positivo, revista e atualizada do Aurélio Século XXI. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 5ª ed. Brasília: MS, 2004.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em dados – 6, ano IV**, n. 6. Brasília, 2009.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CUNHA, A.B.O. e VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, 2010.

DONABIDEAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: Editora Biblioteca de la Salud. 1988.

ELBREDER, M.F. et al Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Bras. Psiquiatr.**, vol. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, AR et al (orgs.). In: **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madri: Alianza, 1989. 3v.

FARIA, J. G. e SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, Dec. 2009.

FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-9, dez. 2005.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C et al (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

HOCHGRAF, P.B. e BRASILIANO, S. **Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira**. 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MEDINA, M.G., SANTOS, D.N., ALMEIDA FILHO, N. e BAQUEIRO, C.C.D. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

MORAES, M. Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses Temas? In: **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2010. (Série Homens e Políticas Públicas).

OLIVEIRA, J.F. **(In) visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

OLIVEIRA, J.F., PAIVA, M.S. e VALENTE, C.L.M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

PEIXOTO, C., PRADO, C.H.O., RODRIGUES, C.P., CHEDA, J.N.D., MOTA, L.B.T., VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sócio demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

PINHEIRO, R.S., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C. e BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):687-707, 2002.

SILVA, S.L. **Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack**. São Paulo. Dissertação de Mestrado em Práticas de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000.

SIQUEIRA, D.J.R. (org.). **Mal (dito) cidadão - Numa sociedade sem drogas**. São Paulo, 2006.

SCOTT, J. História das mulheres. In: **A escrita da história**. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

TELES, M.A.A., MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TRAD, S. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.

TRAVASSOS, C. e MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 190-198, 2004.

VENÂNCIO, R.P. e CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas. 2005.

VIACAVA, F. Dez Anos de Informação sobre Acesso e Uso de Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12):2210-2211, 2010.

ZILBERMAN, M.L. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres**. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de entrevista semi-estruturada - Trabalhador

- Dados do participante

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Religião:

Formação

Cargo/Função:

Tempo de atuação no serviço:

- Questões

1- Você acha que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem alguma relação com questões de gênero? De que forma?

2- De acordo com sua concepção, o que leva uma mulher a fazer e manter o uso e o abuso de drogas?

3- Como você percebe a relação entre o contexto social e o uso abusivo de drogas por mulheres que freqüentam o CAPS ad? Por quê?

4- Para você, quais os principais problemas econômicos que acometem as mulheres usuárias de drogas?

5- Fale um pouco sobre a relação das mulheres usuárias de drogas atendidas neste serviço com a família, destacando parceiros e filhos.

6- Na sua opinião, as questões sociais e econômicas interferem no acesso e continuidade do tratamento no CAPS ad? Como?

7- Você acha que a distância entre a residência das usuárias atendidas no CAPS ad e este serviço influencia no acesso ao mesmo? De que forma?

8- Quais as dificuldades que você identifica no deslocamento/uso do transporte da mulher atendida no CAPS ad, para chegar ao serviço?

9- E quando uma mulher usuária de drogas chega a este serviço, como ela é acolhida? Há alguma estratégia específica?

10- O serviço se organiza para ofertar um cuidado que atenda as singularidades das usuárias? Como? Exemplifique estratégias de cuidado e aspectos que interferem no mesmo?

11- As mulheres que são inseridas neste CAPS se inserem em suas atividades de forma continuada? Por quê?

12- Como você acha que deve ser o cuidado para mulheres atendidas em CAPS ad? Quais aspectos na construção do PTS você entende que devem ser priorizados no cuidado ofertado a mulheres atendidas no CAPS ad?

13- Você acha que existem questões relacionadas a preconceito e estigma que interferem no acesso das mulheres ao CAPS ad? Comente sobre algum fato ocorrido.

14- Quais aspectos da sua formação (pessoal, acadêmica, educação continuada) você percebe que interferem no cuidado disponibilizado por você às mulheres atendidas nesse serviço?

## Apêndice B - Roteiro de entrevista semi-estruturada - Usuária

- Dados do participante

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Religião:

Escolaridade:

Ocupação:

Substância psicoativa:

Tempo de tratamento no serviço:

Situação atual:

- Questões

1- Quais os fatores/motivos da sua história de vida que levaram você a fazer e manter o uso e o abuso de drogas?

2- Como você percebe a relação entre o seu contexto social (família, comunidade, trabalho) e o uso abusivo de drogas? Por quê?

3- Quais os principais problemas econômicos que acometem a sua vida?

4- Fale um pouco sobre a sua relação com a família, destacando parceiros e filhos, e como essa relação interfere no uso da droga.

5- As suas questões sociais e econômicas interferem no acesso e continuidade do tratamento no CAPS ad? Como?

6- Você acha que a distância entre a sua residência e este serviço influencia no seu acesso ao mesmo? De que forma?

7- Quais as dificuldades que você identifica no deslocamento/uso do transporte para chegar ao serviço?

8- Ao chegar a este serviço, como você foi e é acolhida? Destaque aspectos motivadores e aspectos não motivadores para realizar o tratamento no CAPS ad.

9- Você acha que o uso abusivo de drogas tem alguma relação com questões de gênero? Você percebe diferenças entre homens e mulheres atendidos no CAPS ad? Caso afirmativo, fale sobre elas.

10- Você acha que o serviço se organiza para ofertar um cuidado que atenda as suas singularidades das mulheres atendidas nele? Como? Exemplifique estratégias de cuidado e aspectos que interferem no mesmo?

11- Você participa das atividades em que está inserida de forma continuada? Por quê?

12- Quais aspectos na construção do seu PTS você entende que devem ser priorizados no seu cuidado? Quais deles acha que podem ser comum às outras mulheres atendidas no CAPS ad?

13- Você acha que existem questões relacionadas a preconceito e estigma que interferem no seu acesso ao CAPS ad? Já vivenciou alguma situação de preconceito neste serviço? Comente sobre algum fato ocorrido.

14- Que aspectos da formação (pessoal, acadêmica, educação continuada) dos trabalhadores você percebe interferência no cuidado disponibilizado à você e as demais mulheres atendidas nesse serviço?

15- Quais os principais motivos pelos quais você não tem acessado o serviço? (para usuárias em busca ativa, caso não apresentem estes motivos nas perguntas anteriores).

## **Apêndice C - Roteiro para coleta de dados - Prontuário**

1. Data de admissão:
2. Idade:
3. Raça:
4. Escolaridade:
5. Profissão / Ocupação:
6. Recebimento de benefício:
7. Estado civil:
8. Bairro:
9. Substâncias psicoativas que faz uso
  - 9.1. Principal substância:
  - 9.2. Tempo de uso:
10. Encaminhada por:
11. Internações psiquiátricas anteriores:
12. Principais fatores da história:
  - 12.1. Pessoal:
  - 12.2. Familiar:
  - 12.3. Social:
  - 12.4. Psiquiátrica:
  - 12.5. Forense: