



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



KELINE SANTOS DE CARVALHO

**MULHERES NEGRAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA: VULNERABILIDADE E
INTERSECCIONALIDADE**

Salvador
2017

KELINE SANTOS DE CARVALHO

**MULHERES NEGRAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA: VULNERABILIDADE E
INTERSECCIONALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito para conclusão do Mestrado em Saúde comunitária, na área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Cecilia Anne McCallum

Coorientadora: Prof^a Dr^a Vania Nora Bustamante Dejo.

Salvador
2017

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Carvalho, Keline Santos de
Mulheres negras usuárias de álcool e outras drogas
em um município do Recôncavo da Bahia: vulnerabilidade
e interseccionalidade / Keline Santos de Carvalho. --
Salvador-BA, 2017.
80 f.

Orientador: Cecilia Anne McCallum.
Coorientador: Vania Nora Bustamante Dejo.
Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde
Comunitária) -- Universidade Federal da Bahia,
Instituto de Saúde Coletiva, 2017.

1. Drogas. 2. Consumo. 3. Saúde da Mulher. 4.
Atenção Psicossocial. 5. Políticas Públicas. I. Anne
McCallum, Cecilia. II. Nora Bustamante Dejo, Vania .
III. Título.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

KELINE SANTOS DE CARVALHO

Mulheres negras usuárias de álcool e outras drogas no interior do Recôncavo da Bahia: vulnerabilidade e interseccionalidade.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de setembro de 2017

Banca Examinadora:

Profª. Cecilia Anne McCallum – FFCH/UFBA

Profª. Vânia Nora Bustamante Dejo – IPS/UFBA

Profª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – ISC/UFBA

Profª. Vânia Sampaio Alves – UFRB

Salvador
2017

Dedico este trabalho as mulheres participantes do presente estudo, elas que me deram a honra de acessar parte de suas histórias, inserindo-me nelas, e fazendo-me compreender que ao tocar uma alma humana, faz-se necessário, apenas, ser outra alma humana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, que em sua Trindade Santa sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, iluminando-me e agraciando-me com o seu amor.

Aos meus amados pais, força motriz que me sustenta, Célia Evangelista dos Santos e João Moraes de Carvalho, pelo apoio e amor incondicional.

Aos meus irmãos, Keise, Camila e Kaic, e a minha sobrinha Yasmin, cúmplices de importantes momentos da minha vida, obrigada pelo constante incentivo.

As minhas avós e avôs, meus exemplos de força, resistência e alegria. Em especial a Dona Ditinha (em memória), cuja partida nesse período me ensinou a ser forte e resiliente em momentos de turbulência e a amar incondicionalmente as pessoas ao meu redor – *“Vó, de todo amor que eu tenho, metade foi tu que me deu!”*

Aos meus tios e tias, primas e primos, padrinhos e madrinhas, por todo apoio e carinho. Em especial à prima Gabi, pelo constante apoio e incentivo.

Aos companheiros de caminhada, colegas e amigos, que sorriram e choraram comigo ao longo desta jornada, em especial, Adriana, Alex, Érica, Vaneiza, Suely, Ranna, Larissa e Marileide, obrigada pelo imenso carinho e companheirismo.

Aos educadores que participaram da minha formação, em especial, a todas(os) professoras e professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA – obrigada pela formação humana e interdisciplinar me ofertada.

A prof^ª. Dr^ª Cecília Anne Mccallum, minha orientadora, por toda paciência, confiança e disponibilidade nessa etapa da minha formação. Agradeço as profundas reflexões e aprendizados proporcionados.

A minha coorientadora Prof^ª Dr^ª Vania Nora Bustamante Dejo, por aceitar o desafio de me coorientar, realizando com êxito e maestria tal papel. Obrigada por acreditar em mim!

A minha primeira professora da UFRB, Dr^ª. Vânia Sampaio Alves, primeira (e eterna) orientadora, meu exemplo de força, disciplina e sabedoria - Obrigada por existir, entrar na minha vida e não desistir de mim!

Ao ISC, em especial às pesquisadoras e demais componentes do MUSA, por todas as oportunidades de aprendizado. Aprendi, aprendo e espero aprender ainda mais neste lugar. Aqui incluo as(os) funcionárias(os), em especial a Edileusa, Fran e Bia, pessoas que me ofertaram companheirismo, força e leveza nesse trajeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo importante apoio financeiro repassado através do programa de incentivo de bolsa de mestrado

Agradeço aos profissionais do CAPSad, pela oportunidade e acolhimento. As flores do grupo “Conversa entre Mulheres”, Ende, Dienna e Vânia, por todo auxílio e companheirismo em todo processo da pesquisa – Obrigada por colorirem e perfumarem o nosso campo!

As mulheres usuárias participantes desse trabalho, pelas valiosas lições e aprendizagens, sem os quais esse trabalho não seria possível.

A vocês, todo meu afeto e gratidão!

*“As Drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma:
não falam, não pensam e não simbolizam.
Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa.
Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes”.*

Antônio Nery Filho

RESUMO

Esta dissertação analisa as especificidades, vulnerabilidades e interseccionalidades relacionadas ao consumo abusivo de substâncias psicoativas por mulheres negras em uma cidade do Recôncavo da Bahia. De modo mais específico, aborda as experiências de consumo, os itinerários terapêuticos e o tratamento de mulheres, buscando identificar as vulnerabilidades e interseccionalidades presentes e suas implicações. Trata-se de um estudo qualitativo na área da Saúde Coletiva, com abordagem em Ciências Sociais em Saúde. Justifica-se em função do consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPA) ser atualmente considerado um importante problema de saúde pública no Brasil, além de dados oriundos de levantamentos epidemiológicos que apontam para o aumento do uso e abuso dessas substâncias pelo segmento feminino, bem como o início precoce e as dificuldades no acesso ao tratamento. O campo empírico para a realização do estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) presente em um município situado no Recôncavo da Bahia. A metodologia utilizada contou com diferentes técnicas de coleta de dados, tais como: observações sistemáticas do serviço, observação participante do grupo “Conversas entre Mulheres” e realização de entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo 11 (onze) mulheres usuárias de SPA em tratamento no CAPSad. Os resultados evidenciaram características comuns entre as mulheres: todas negras, com renda igual ou inferior a um salário mínimo e idade entre 26 a 62 anos. Em seus relatos, observou-se a presença de desigualdades sociais múltiplas, de diferentes ordens, sentidas, percebidas e significadas de modo diferente por cada uma delas, mas com comum padrão desorganizador e implicações em maior risco para o início, manutenção do consumo abusivo de drogas e avanços terapêuticos. As desigualdades de raça e gênero, relacionadas aos efeitos da pobreza e da desigualdade econômica, traduziram-se na falta de acesso a bens e serviços elementares, configurando-se como importantes mecanismos de exclusão social e discriminação, fatores que dificultam o acesso aos meios para a prevenção e cuidado nas situações de uso abusivo de SPA e suas implicações. Assim, discute-se no trabalho as limitações do uso da noção de vulnerabilidade, em suas dimensões individual, social e programática, para o estudo de temas sociais complexos, como o abordado, haja vista as limitações inerentes a fragmentação da análise. Apresenta-se a noção de interseccionalidade como um modo de estudar o fenômeno de forma mais relacional e articulada, o que permite a compreensão das diversas formas em que a interação entre duas ou mais categorias (raça, classe, gênero) perpassam as experiências das mulheres estudadas. Desse modo, os dados do presente estudo apontam não só para a necessidade de avanços nas políticas sobre drogas, no que tange a inclusão das especificidades inerentes ao tratamento das mulheres, como demonstra como algo essencial um maior investimento na formação e educação continuada de profissionais de saúde para a oferta de serviços e ações de acolhimento e de cuidado sensíveis às diferenças de gênero. Para além, demonstra a necessidade da superação das desigualdades sociais (raça, gênero e classe) e ampliação da promoção da saúde e do indivíduo como um todo, visando à criação de mecanismos que reduzam os impactos provocados pelas iniquidades e determinantes sociais de saúde, e defendam a equidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem viver das mulheres negras.

Palavras-chave: álcool e outras drogas, saúde da mulher, atenção psicossocial, políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the specificities, vulnerabilities and intersectionalities related to the abuse of psychoactive substances by black women in a city of Recôncavo da Bahia. More specifically, it addresses the consumption experiences, therapeutic itineraries and treatment of women, seeking to identify the present vulnerabilities and intersectionalities and their implications. This is a qualitative study in the area of Collective Health, with approach in Social Sciences in Health. It's justified the function of psychoactive substance abuse (SPA) is currently considered an important public health problem in Brazil, in addition to data from epidemiological surveys that point to increased use and abuse of substances caused by the female segment, as well as such as early onset and difficulties in accessing treatment. The empirical field for conducting a study was at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad), present in the city located in Recôncavo da Bahia. A methodology used with different data collection techniques, such as: systematic service techniques, participant observation of the "Conversations between women" group and semi-structured interviews. Participated in the study 11 (eleven) women users of SPA undergoing treatment at CAPSad. The results showed common characteristics among women: all black women, with income equal to or less than one minimum wage and aged between 26 and 62 years. In their reports, it was observed the presence of multiple social inequalities, of different orders, felt, perceived and signified differently by each one of them, but with a common disorganizing pattern and implications in greater risk for the onset, maintenance of abusive consumption of drugs. drugs and therapeutic advances. The race and gender inequalities, related to the effects of poverty and economic inequality, have resulted in lack of access to basic goods and services, constituting important mechanisms of social exclusion and discrimination, factors that hinder access to prevention and care in situations of abuse of SPA and its implications. Thus, it was discussed at work as permissions to use the notion of vulnerability, in their individual dimensions, social and programmatic, for the study of complex social themes, such as the one addressed, and there may be inherent changes to the fragmentation of the analysis. The notion of intersectionality is presented as a way to study the phenomenon in a more relational and articulate way, which allows the understanding of the various ways in which the interaction between two or more categories (race, class, gender) permeates the experiences of women studied. Thus, the data of the present study point not only to the need for advances in drug policies, regarding the inclusion of the specificities inherent to the treatment of women, as it demonstrates as essential a greater investment in the education and continuing education of health professionals for the provision of services and host actions and care sensitive to gender differences. In addition, it demonstrates the need to overcome social inequalities (race, gender and class) and expansion of health promotion and of the individual as a whole, aiming at the creation of mechanisms that reduce the impacts caused by inequities and social determinants of health, and defend equity, with the objective of improving the quality of life and well-being of the black women.

Keywords: alcohol and other drugs, women's health, psychosocial attention, public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA: American Psychological Association

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CNES: O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ISC: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

MUSA: Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SPA: Substâncias Psicoativas

SUS: Sistema Único de Saúde

UNODOC: United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. ASPECTOS METODOLOGICOS.....	20
3. O CONTEXTO E AS ATORAS SOCIAIS.....	23
O Recôncavo: Geografia, População, Economia e Organização Social.....	23
O contexto assistencial: a Rede de Atenção Psicossocial e o CAPSad.....	25
A presença feminina no contexto do serviço.....	28
As Mulheres.....	30
4. A VULNERABILIDADE INDIVIDUAL?.....	33
As histórias de vida.....	33
A experiência com o consumo de substâncias Psicoativas.....	35
Sobre os contextos de uso e as formas de acesso as substâncias.....	39
Acesso à informação.....	41
Itinerário Terapêutico: A busca por ajuda e tratamento.....	42
5. A “VULNERABILIDADE SOCIAL”.....	45
O Contexto Social.....	45
Preconceito e estigma: a invisibilidade do visível e a visibilidade do invisível.....	48
6. SOBRE A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA: “QUANDO O SERVIÇO ESTÁ DESESTRUTURADO, NÓS TAMBÉM NOS DESESTRUTURAMOS”.....	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	63
ANEXOS.....	73

1. INTRODUÇÃO

“E quando eu olhava e não achava nada na vida pra fazer, pra comer... Aí eu ficava naquela: - Ah, vou tomar uma!” — Esta é uma afirmação de uma das participantes do presente estudo, atendida em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) situado em um município do Recôncavo da Bahia, sobre os motivos que lhe mobilizavam para o consumo do álcool. Sua entrada no serviço deu-se em função dos transtornos relacionados ao consumo abusivo de álcool e o desejo por tratamento.

Em um olhar pontual, pode-se considerar que o problema dessa mulher é o uso abusivo de álcool. Entretanto, uma análise mais profunda permite considerar elementos de sua história de vida para identificar a vivência de situações complexas desde o seu nascimento, associadas a experiências de não alcance de seus objetivos de vida, tanto no âmbito afetivo como no âmbito profissional. Trata-se de uma vida marcada por falta de oportunidades (acesso à educação, alimentação saudável, habitação, saneamento básico, cultura, esporte, lazer), situações de submissões (trabalho infantil e violência sexual) e fragilidade de referencial familiar. Trata-se de um ingresso na vida com muito sofrimento e crescimento marcado por dor e fracasso. Tão logo, essa mulher encontra no álcool uma alternativa para aplacar os seus sofrimentos provenientes da dor de viver em um contexto de possibilidades reduzidas.

No que tange ao consumo do álcool, não se trata de um uso qualquer, fruto de questões inerentes à vontade ou desvio de caráter. Trata-se de um uso que produz alívio, pelo prazer proporcionado, aos sofrimentos psíquicos vivenciados, sensação pouco vivenciada em seu contexto de vida. Assim, em uma reavaliação da questão, o álcool deixaria de ser o fator principal, visto que a retirada da substância dificilmente resolveria o problema dessa mulher, o efeito poderia até ser o oposto ao esperado. Assim, para uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado, faz-se necessário o estudo de marcadores sociais para uma análise mais profunda sobre as sujeitas e suas relações sociais.

O presente trabalho se debruça no campo analítico da vulnerabilidade, bem como da interseccionalidade, trazendo a categoria gênero¹ como central ao debate, em inter-relação com

¹ O conceito de gênero surge no âmbito das teorias feministas para defender perspectivas “desnaturalizadoras”, na qual, gênero aparece como uma categoria culturalmente construída e sexo biologicamente construído. Butler (2003) concebe gênero como um meio discursivo, indo além das atribuições e significados dadas às diferenças biológicas, e constituindo a própria noção de sexo. Ao criticar o modo como gênero vinha sendo trabalhado, Butler (2006) busca retirar da noção de gênero a ideia de que ele decorreria do sexo e discutir em que medida essa distinção sexo/gênero é arbitrária, chamando atenção para o fato de a teoria feminista não problematizar outro vínculo considerado natural: gênero e desejo.

outros marcadores de diferença. Entretanto, faz-se necessário para uma compreensão ampla do tema estudado, a sua associação a outras categorias que problematizem questões referentes à classe, geração, raça, renda, etnia, localidade, dentre outras, não sobrepostas, mas inter-relacionadas (PISCITELLI, 2008; BRAH, 2006).

O presente trabalho difere dos estudos que vem sendo desenvolvidos na Bahia por considerar como contexto empírico o interior do estado, enquanto a maioria dos estudos tende a priorizar os grandes centros urbanos e capitais. Com o objetivo de analisar as especificidades, vulnerabilidades e interseccionalidades relacionadas ao consumo abusivo de substâncias psicoativas por mulheres negras atendidas em um CAPSad situado em um município do Recôncavo da Bahia. O estudo foi desenvolvido entre os anos de 2014 e 2016 – no espaço e tempo em que se observa um aumento mundial do consumo de drogas por mulheres, bem como os problemas a este relacionados. Situado no campo da saúde coletiva, o estudo reclina um amplo olhar sobre a experiência feminina – início do consumo, itinerário terapêutico e tratamento – considerando-a imersa em situações de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, e com intersecções de categorias com gênero, raça e classe social.

No que tange à problemática estudada, os últimos levantamentos epidemiológicos² sobre o consumo de drogas³ no Brasil vêm evidenciando um aumento do consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres, o mesmo caracterizado como cada vez mais frequente e com início precoce, notoriamente das drogas lícitas. O Relatório Mundial sobre Drogas de 2012 (UNODC, 2012), aponta associações desse aumento com certa tendência dos países em fase de desenvolvimento para o estabelecimento de índices mais elevados de mulheres usuárias de drogas devido à maior “igualdade de gênero” e ao desaparecimento de “barreiras socioculturais”.

A experiência das mulheres com o consumo abusivo⁴ de SPA constitui-se dentro de um contexto de desigualdade de poder, marcado por hierarquias sociais em termos de classe,

² Ver estudos epidemiológicos sobre o consumo de SPA no Brasil (GALDURÓZ et al., 2005; CARLINI et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2007; BASTOS, BERTONI e HACKER, 2008)

³ Os conceitos de “droga” e “consumo de droga” são construções sociais e históricas. No entanto, faz-se necessário para fins comparativos e heurísticos começar com uma definição. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), “droga” é qualquer substância não produzida pelo organismo que, ao ser introduzida, interfere no funcionamento de seus sistemas e produz algum tipo de alteração. Alguns pesquisadores entretanto, preferem o uso da expressão “substâncias psicoativas” (SPA), definidas como produtos químicos que atuam no sistema nervoso central, afetando as percepções, o humor, e as sensações, desencadeando efeitos que incluem alterações emocionais e comportamentais (BUCHER, 1988, p. 9; MACRAE, 1997, p.110).

⁴ O consumo de drogas é descrito como a auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa. O abuso pode ser entendido como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, ou seja, engloba também consequências sociais (APA, 1994) O uso nocivo é aquele que resulta em dano

raça e gênero, que se manifestam na falta de oportunidades e garantia de direitos como educação, saúde e proteção social, para além de outras diferentes situações de vulnerabilidade, tais como: isolamento social; sofrimento psíquico; relacionamentos interpessoais conflitantes; comorbidades clínicas e psiquiátricas; exposição a situações de violência sexual e doméstica; trabalho infantil; situações de envolvimento com práticas delituosas e comportamento sexual de risco (NOBREGA, 2005; SILVA E SOUZA, 2007; ALVES, 2009; BORDIN et al., 2010, WOLLE e ZILBERMAN, 2011).

Dados da World Drug Report de 2015 (UNODOC) sobre o consumo de drogas por mulheres revela que para cada três usuários de drogas no mundo um (1) é do sexo feminino, entretanto, para cada cinco usuários em tratamento, há apenas uma mulher. Tais dados apontam para a existência de uma série de barreiras sociais e estruturais que dificultam o acesso das mulheres ao tratamento do uso de drogas em todo o mundo. No Brasil, apesar do aumento do consumo evidenciado pela literatura, percebe-se a presença pouco expressiva deste grupo populacional nos serviços de assistência às pessoas com transtornos relacionados ao consumo abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas, seja por subdiagnóstico dos casos, seja pelas barreiras de acesso instituídas pelo preconceito e estigma (BRASILIANO e HOCHGRAF, 2006).

Essa percepção não se restringe ao campo prático de cuidado, a própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Usuários de substâncias Psicoativas (BRASIL, 2004) não traz em seu escopo nenhuma consideração sobre as especificidades de gênero quanto ao tratamento. Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, também instituída no ano de 2004, defende a importância de se trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero. No que tange aos textos técnicos do Ministério da Saúde que serviram de apoio para a implementação da Reforma Psiquiátrica, observa-se uma diluição de referências relativas às questões de gênero e uma ausência total quanto às relações étnico-raciais, o que indica um dispositivo sociocultural que desconsidera o impacto do sexismo e do racismo no sofrimento psíquico do sujeito e a exclusão de outros pertencimentos para a/o paciente do CAPS que não o transtorno mental.

No que tange à experiência com o uso de drogas, a literatura revisada aponta para a existência de uma inter-relação e uma interdependência do usuário com o contexto onde está

físico ou mental (OMS, 1997). Cabe ressaltar que as formas de uso diferem no tempo e no espaço de acordo com o indivíduo, grupo ou cultura, devendo-se considerar a heterogeneidade social e cultural dos usuários ao se abordar o tema (ESPINHEIRA, 2004).

imerso⁵. Assim, a experiência do uso de drogas é empreendida no interior de uma história, com relações diretas com o contexto socioeconômico, o momento sociocultural, os sistemas familiares e a manipulação e apelo social (MICHALIZES, 1999). Corroborando esse argumento, Bucher (2002) aborda o processo de disseminação das drogas como sendo proveniente da equação de três fatores: o produto (a droga), o pessoal e o momento sociocultural, sendo a demanda pelo produto fruto da procura de parcelas crescentes da população, com motivações múltiplas.

Edward MacRae (2010) aponta em seus escritos para a necessidade de abordagens mais complexas sobre o fenômeno das drogas, que enfatizem a importância de fatores que transcendam as questões farmacológicas, como as variáveis contextuais e socioculturais, para uma abordagem dos seus efeitos, sejam eles físicos, psíquicos ou sociais. Nesse cenário, a noção de vulnerabilidade apresenta-se enquanto uma importante ferramenta, cada vez mais utilizada por pesquisadores por considerar aspectos que transcendem a ordem individual, com a introdução de aspectos de ordens sociais.

A noção de vulnerabilidade é entendida não como uma condição inerente a determinadas pessoas ou grupos sociais, mas como uma circunstância da vida, um estado onde, em escalas diferentes, cada indivíduo pode se encontrar quando há um desequilíbrio entre os fatores de risco e proteção (SILVA, MOURA E ZUGMAN, 2016). Como descrito por Ayres et al., (2003, p. 134): *“as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre a algo, em algum grau ou forma, e num certo ponto do tempo e espaço”*.

A noção de vulnerabilidade cunha-se ao longo da história com o avanço dos estudos sobre a primeira epidemia de AIDS. Os primeiros estudos frente ao fenômeno da AIDS adotaram associações probabilísticas para a identificação de fatores de risco associados com a nova doença, identificando quais eram as pessoas que estavam adoecendo e suas características, resultando no estabelecimento de *grupos de risco*: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de morfina. Como resultado, grupos sociais, identificados como grupos de risco, acabaram isolados como medida de prevenção, o que aumentou o estigma, o preconceito e a discriminação destes. O desenvolvimento de novos estudos, como o isolamento laboratorial do vírus HIV, bem como a identificação do caráter pandêmico da epidemia e a intensa reação social de grupos rotulados como grupo de risco incentivaram novas propostas de ação e de conhecimento diante da AIDS (AYRES, 2006).

⁵ BARATTA, 1994; BURGIEMEN, 2002; ESCOHOTADO, 2004.

Assim, o segundo momento de enfrentamento da epidemia contou com uma maior interação entre a investigação clínica e epidemiológica com os campos da psicologia social e da educação o que colaborou para a criação do conceito de *comportamento de risco*, que desloca a ideia de risco associada a grupos populacionais e o direcionado para os comportamentos que efetivamente expõe as pessoas ao HIV. Noção esta criticada futuramente em função da mudança radical do perfil de AIDS e por grupos e movimentos organizados, como o movimento pelo direito das mulheres, que com a noção de empowerment, defende que o a mudança do comportamento não resulta necessariamente da “informação + vontade”, mas é condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, com distribuição desigual entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (GUPTA, 1996 apud AYRES et al., 2006).

No início da década de noventa, um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, motivados pelos novos rumos da epidemia, construíram um novo instrumento para compreender e intervir sobre a epidemia de AIDS, a análise de vulnerabilidade. No livro “Aids no mundo”, Mann et al. (1993) apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Os autores defendiam a ideia do comportamento individual como determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria que as ações de controle da epidemia fossem focalizadas no indivíduo, no entanto, consideraram que outros fatores no âmbito coletivo e social poderiam interferir nesses comportamentos. Propõem assim um modelo de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. Onde o componente individual envolve nível de conhecimento, os comportamentos, o status social e o acesso à informação; O nível coletivo (vulnerabilidade coletiva) corresponde à capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia; E o social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (MUNOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O modelo proposto por Mann et al. acabou sendo criticado por focalizar o âmbito individual segundo aspectos comportamentais e cognitivos, característica da tradição norte-americana de pesquisa social. Defendendo tal perspectiva, Paris (1999) apresenta um estudo sobre vulnerabilidade à AIDS numa perspectiva psicossocial, com mulheres acometidas e propõe em seu trabalho a decodificação do conceito em vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade (tais como desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços), vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a

maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história (MUNOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

No Brasil, Ayres et al. (1999) propõem uma ampliação do conceito proposto por Mann et al., apontando para a conformação de três planos no modelo de vulnerabilidade: comportamento pessoal (vulnerabilidade individual), contexto social (vulnerabilidade social) e programa de combate à doença, no caso da AIDS (vulnerabilidade programática). Estes três planos se apresentam de modo interdependente de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade.

A dimensão individual parte do princípio de que todas as pessoas são vulneráveis a um determinado agravo de saúde e envolve aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para uma exposição ou proteção. Nesta perspectiva, incluíram-se fatores como o grau e a qualidade da informação disponíveis às pessoas, a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las como preocupações, bem como o interesse e às possibilidades efetivas de transformação de tais preocupações em práticas efetivas de prevenção. Em síntese, a dimensão individual é composta, principalmente, por aspectos comportamentais, mas também cognitivos (AYRES et al., 2006).

A dimensão social da vulnerabilidade baseia-se no entendimento dos processos saúde-doença como processos sociais. Sendo sociais, fatores que transcendem o plano individual também estão envolvidos. Logo, esta dimensão diz respeito à avaliação de coletividades e enfoca fatores contextuais que definem e influenciam a vulnerabilidade individual, permitindo compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos a algum agravo. Nesta dimensão, consideram-se aspectos relacionados com a estrutura jurídica e política, diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais; as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, o acesso aos meios de comunicação, a escolarização, dentre outras.

A dimensão programática da vulnerabilidade, parte da percepção da necessidade de recursos sociais para que as pessoas não se exponham a um dado agravo e se proteja dos danos. Sendo os recursos sociais provenientes de instituições sociais (como famílias, escolas, serviços de saúde, etc.), esforços programáticos são necessários para que haja a disponibilidade de modo efetivo e democrático desses recursos, possibilitando a não exposição e proteção do indivíduo. Assim, por sua vez, a dimensão programática refere-se ao desenvolvimento de ações institucionais, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, as quais atuam como elementos que reproduzem e aprofundam as condições socialmente dadas da vulnerabilidade (AYRES, 1996; AYRES et al., 2006).

O uso da noção de vulnerabilidade como ferramenta para uma compreensão mais ampla de fenômenos sociais, considerando a sua divisão em dimensões (individual, social e programática), apresenta um avanço no que tange às abordagens restritas ao componente individual. Entretanto, o uso deste recurso inspira cuidados, haja vista que a divisão em dimensões limita a compreensão da relacionalidade das diversas categorias (raça, gênero, sexualidade, renda, escolaridade, trabalho, dentre outras) separadas por dimensões. Visto que elementos de ordem individual são influenciados e moldados pelos de ordens sociais e programáticos, ao passo que a análise dessas categorias separadamente pode implicar em visões simplistas de um fenômeno complexo, já que no plano real, elas se relacionam e se interseccionam a todo o momento.

Discute-se no trabalho a importância do uso da noção de vulnerabilidade, em sua dimensão individual, social e programática, para o estudo de temas sociais complexos, como o abordado, entretanto, discute-se a fragilidade desta divisão haja vista as limitações inerentes a fragmentação da análise. Apresenta-se a noção de interseccionalidade como um modo complementar de estudar o fenômeno de forma mais relacional e articulada, o que permite a compreensão das diversas formas em que a interação entre duas ou mais categorias (raça, classe, gênero) perpassam as experiências das mulheres estudadas.

A noção de interseccionalidade tem sua origem, nas décadas de 1970 e 1980, junto às feministas ativistas negras, lésbicas e de “terceiro mundo” que questionavam o suposto universalismo da categoria “mulher”. Surge com força a partir dos anos 90 como uma ferramenta analítica alternativa para apreender a articulação entre múltiplas diferenças e desigualdade (PISCITELLI, 2008). Permite ampliar e tornar mais complexo o olhar sobre a produção de desigualdades em contextos específicos e fazer uma análise mais condizente com a realidade, identificando as relações de poder na vida social e seus impactos nas experiências cotidianas dos sujeitos. O termo é usado por diferentes perspectivas para tratar das articulações entre diferenças, entretanto há variações inerentes ao modo como se é pensado diferença e poder.

Kimberlé W. Crenshaw (1989) utiliza o termo para designar a interdependência de relações de poder de raça, sexo e classe. A mesma trata tanto da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas a mulheres, raças, etnias, classes e outras, como do modo em que as ações e políticas específicas geram opressões com implicações em tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos e ativos do “desempoderamento”.

Para Crenshaw (2002), as interseccionalidade são formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação, sendo a noção de interação importante para superar a ideia de superposição de opressões. O exemplo citado para elucidar a questão é o de uma mulher negra, que é oprimida tanto por ser mulher, como por ser negra, adicionando-se uma opressão a outra. Assim, o estudo das interseccionalidades permite identificar quais as diferenças e desigualdades presentes, bem como a compreensão dos mecanismos em que as mesmas se articulam na produção de subordinações.

Parte-se do fato de que todas as mulheres estão sujeitas ao peso da discriminação de gênero, e que outros fatores relacionados às suas identidades sociais, tais como: classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual; são diferenças que implicam na forma como as mesmas vivenciam a discriminação, condições que podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivas de subgrupos, ou afetar de modo desproporcional algumas mulheres (CRENSHAW, 2002).

McLintock (1995), em seus estudos culturais, afirma que raça, gênero e classe são categoriais que existem em e por meio das relações entre elas. Por esse motivo são categorias articuladas, não existem isoladamente umas das outras, não se configuram em âmbitos diferentes de experiência, e nem podem ser montados em conjunto como se fossem um lego. Assim, salienta ainda que as categorias de diferenciação não são idênticas entre si, mas existem em relações íntimas, recíprocas e contraditórias.

Nesse contexto, Avtar Brah (2006) propõe o uso da “diferença” como categoria analítica, pensando a diferença como experiência, subjetividade e identidade. Essa ideia remete a análise de como as formas específicas de discursos sobre a diferença se constituem, são contestados, reproduzidos, (re)significados. No entanto, deve-se sempre questionar se a diferença remete à desigualdade, opressão e exploração, ou o oposto, igualitarismo e diversidade.

Neste cenário, ao se considerar as vulnerabilidades e a intersecção entre diferenciações, questiona-se quais as construções de diferença e distribuições de poder que incidem na experiência de mulheres negras com o consumo abusivo de álcool e outras drogas em um município Recôncavo da Bahia. O presente trabalho busca em seu escopo abordar tais questões através das experiências de mulheres com o consumo abusivo, considerando suas histórias de vida, itinerários terapêuticos e tratamento. Em uma análise das situações de vulnerabilidade e das interseccionalidades das categorias gênero, raça e classe social

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para o alcance dos objetivos do presente estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, que enfoca o objeto de estudo como constituído pelo seu contexto. No âmbito das ciências sociais, a pesquisa qualitativa debruça-se sobre os aspectos da realidade humana que não podem ser quantificados, considerando o universo de significações das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2011).

Segundo Densin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa caracteriza-se pelo estudo do uso e coleta de diferentes materiais empíricos, ou seja, diferentes práticas interpretativas interligadas, objetivando a descrição dos momentos e significados rotineiros e problemáticos da vida dos indivíduos, garantindo uma visibilidade diferente de acordo com a prática utilizada para uma melhor compreensão do tema abordado.

A (re)inserção ao campo de estudo, dado a presença anterior da pesquisadora no contexto para a realização de trabalhos científicos anteriores, se deu de modo gradativo, com participações em reuniões de apresentação da proposta de pesquisa aos profissionais, visitas pontuais para o mapeamento do serviço e suas ações e posterior observação do cotidiano e familiarização com as usuárias. Foram adotadas técnicas de observação participante, caracterizadas pelo contato direto com o fenômeno observado para obtenção de informações sobre a realidade dos atores sociais inseridos em seus próprios contextos (MINAYO, 2010).

Utilizou-se na presente pesquisa diferentes e complementares estratégias para a coleta de dados, como a observação participante do cotidiano do serviço, a participação do grupo de mulheres e entrevistas semiestruturadas. A utilização de diferentes métodos deve-se a complexidade do fenômeno estudado, medida utilizada ainda para evitar interpretações errôneas e aprofundar a compreensão do universo estudado, sendo a utilização da observação participante de extrema importância por permitir, por sua vez, a triangulação de diferentes impressões e observações, bem como a identificação de possíveis discrepâncias existentes.

A observação participante baseou-se em uma estratégia transversal ao desenvolvimento do trabalho de campo, considerando o proposto por Becker (1993, p. 47) onde a mesma se constitui quando “o observador participante coleta dados através de sua participação na vida cotidiana de grupo ou organização que estuda”. Assim, a observação participante foi utilizada em todo o trabalho de campo, desde a aproximação e identificação das participantes, iniciada em março de 2015, até o momento das entrevistas. Utilizou-se um roteiro de observação (Anexo 1) para nortear o levantamento de informações através da observação participante, havendo ainda o registro denso em diário de campo para posterior análise e

interpretação. Dentre os principais cenários de observação, estão: os espaços de convivência, sala de espera, recepção, grupos terapêuticos, atividades educativas, momentos de refeições e confraternizações. Tais observações além de possibilitarem uma maior compreensão acerca do funcionamento do serviço, permitiram uma maior aproximação com os profissionais e usuários.

A ausência de espaços de escuta específicos para as mulheres foi algo constatado com as observações iniciais do serviço. Nesse contexto, após um mês de observação, a pesquisadora uniu-se a um grupo de extensão da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia que propôs a execução de um projeto intitulado “Conversa entre mulheres: ação educativa em saúde para atenção ao consumo de substâncias psicoativas”. A atividade tinha como objetivo a criação de um espaço de escuta qualificada específico para as mulheres para a produção compartilhada de conhecimento sobre a saúde de mulheres e a abordagem da experiência com o álcool e outras drogas enquanto temática transversal aos tópicos emergentes.

O grupo teve início em abril de 2015 com periodicidade semanal e aberto à participação voluntária de mulheres usuárias do CAPSad, tanto em tratamento, como na condição de acompanhante. O grupo possuía abordagem usuário-centrada e de metodologias participativas, de forma a favorecer a autonomia das mulheres participantes e o seu protagonismo na produção compartilhada de conhecimento sobre a experiência com as drogas e as possibilidades de cuidado na rede de atenção à saúde.

A entrevista semiestruturada foi a estratégia utilizada na segunda etapa da pesquisa para o aprofundamento da compreensão dos discursos e práticas, valores e motivações relacionados ao comportamento de mulheres usuárias substâncias psicoativas em tratamento no CAPSad. A entrevista caracteriza-se como um importante recurso de pesquisa que permite em termos mais conceituais e abstratos o mapeamento e a compreensão do mundo da vida dos entrevistados através de suas narrativas, tendo em vista que ela fornece dados básicos para o entendimento de como se dá a relação entre os atores sociais e a sua situação (GASKELL, 2002).

Participaram da pesquisa 11 mulheres com envolvimento com consumo de álcool e outras drogas assistidas no referido CAPSad, todas aceitaram participar do estudo após contato realizado posteriormente ao processo de aproximação e identificação das possíveis participantes da pesquisa, bem como atendiam aos critérios estabelecidos para a inclusão na pesquisa. Os critérios inclusão utilizados foram: idade (maiores de 18 anos), mulheres usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas, ter sido ou estar sendo assistida pelo CAPSad. Já os critérios de exclusão incluíam as informantes que não apresentavam estado de sobriedade no momento de

abordagem da pesquisadora e/ou prejuízo de discernimento para expressar o seu consentimento livre e esclarecido.

Os dados produzidos por cada uma das técnicas utilizadas foram inicialmente processados separadamente, possibilitando o desvelamento de informações acerca da experiência com o consumo de álcool e outras drogas relatadas pelas mulheres e as situações de vulnerabilidade relacionadas. O conjunto de informações produzidas pelas duas técnicas utilizadas foi submetido à triangulação de dados possibilitando a identificação de similaridades e contradições entre o discurso das mulheres e suas práticas.

A análise sistemática dos dados empíricos ocorreu mediante a elaboração de uma matriz para sistematização do conteúdo a partir de um plano de análise (apêndice 05) das entrevistas com o intuito de nortear um primeiro nível de análise de natureza descritiva dos dados. Para esta análise, buscou-se traçar uma descrição comparativa dos enunciados, de forma a identificar convergências, complementaridades e divergências entre os relatos das usuárias. As categorias analisadas foram: História de vida; Consumo de substâncias psicoativas; Itinerário Terapêutico; Comportamento de abstinência e/ou redução de danos; Autonomia; Contexto comunitário; Contexto familiar; Relação de gênero, raça/etnia; Situações de violência; Preconceito e estigma.

Os dados empíricos foram analisados em conformidade com a técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2004; BARDIN, 2011). Tal técnica permite identificar os núcleos de sentido, estabelecendo uma comunicação que tenha um significado para o objetivo a ser analisado. Os procedimentos utilizados por esta técnica caminham na direção da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2004, p.74).

A análise guiou-se pelas seguintes etapas: 1) Pré-análise mediante realização da leitura flutuante; 2) Operacionalização e sistematização das ideias; 3) Exploração do material com recortes e codificação dos dados e tratamento dos resultados obtidos com inferências e interpretações (BORDIN, 2011).

Aspectos Éticos

Atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), o presente estudo consiste em um recorte de a um projeto de pesquisa maior que foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo

da Bahia (CEP-UFRB)⁶. O respeito à autonomia, à não maleficência, à beneficência e à justiça foram os aspectos considerados no presente estudo como fundamentais ao desenvolvimento da pesquisa com seres humanos (CASTILHO & KALIL, 2005). Todas as mulheres convidadas a participar voluntariamente dessa pesquisa expressaram concordância mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), tendo suas identidades preservadas. As participantes tiveram seus nomes reais substituídos por nomes fictícios escolhidos pelas próprias usuárias como garantia de seu anonimato.

3. O CONTEXTO E AS ATORAS SOCIAIS

O Recôncavo e a cidade: Geografia, População, Economia e Organização Social

A região do Recôncavo da Bahia localiza-se ao entorno da Baía de Todos os Santos⁷, é composta por 20 municípios e uma população total de 566.993 habitantes, onde 389.503 habitam na área urbana (IBGE, 2010). Caracterizada historicamente por sua riqueza natural, a região chegou a ser considerada uma das mais importantes produtoras de açúcar na América portuguesa, além de se destacar na produção de fumo (usado como moeda de troca por escravos) e mandioca. Esse aspecto fez com que a região fosse a mais densamente ocupada no Brasil Colônia, agregando maior contingente populacional que a própria capital (UFRB, 2012).

A população da região do Recôncavo foi se constituindo a partir do período colonial como produto da miscigenação de índios, portugueses e majoritariamente, negros descendentes de escravos vindos da África. Os negros correspondiam a 70% da população desde o início do século XIX, em função da consolidação da cidade de Cachoeira como porto escravagista preferencial da Colônia. A ampla mistura de povos trouxe características singulares à região, visto que o trabalho escravo e a exploração mercantil deixaram marcas importantes de desigualdades sociais, constituindo uma sociedade desigual, marcada por um cenário de pobreza, sofrimento, lutas e instabilidade econômica (UFRB, 2012; OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2011).

⁶ Parecer de número 684.889/2014 (ANEXO 01)

⁷ O Recôncavo baiano é um dos primeiros locais acessado pelos portugueses em solo americano. A expressão “Recôncavo” é utilizada pela geografia para designar terra circunvizinha a uma enseada, baía ou porto (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2011).

A cidade escolhida para a realização do presente estudo possui uma população de 90.949 habitantes, sendo 47.963 cadastradas no IBGE como sendo do sexo feminino e 42.986 do sexo masculino. Dessa população, 79.271 pessoas moram na área urbana do município e 11.678 na área rural (IBGE, 2010). A população é composta majoritariamente por um contingente de adultos jovens, sendo que 52% da população têm menos de 30 anos e apenas 17% possui 50 anos ou mais. No que tange à categoria raça/cor, do total da população, aproximadamente 80% é negra, sendo 23% autodenominados pretos e 54% pardos. A população feminina é predominante (52,8%), sendo que aproximadamente 89% das mulheres residem em área urbana (IBGE, 2010).

Sobre o nível de escolaridade da população residente no município, aproximadamente 73% da população é alfabetizada. No entanto, 44,5% da população não completou o ensino fundamental, e apenas 3,4% possui o ensino superior completo. Destes, 44,7% brancos, 36,9% pardos e 16,2% pretos. No que tange à identificação religiosa, a religião predominante é a católica (50,2%), seguida pela evangélica (21,8%) e indefinidos (18%). A população economicamente ativa da cidade corresponde a 52% das pessoas com idade acima de 10 anos, destes, 28% são homens e 24% mulheres, a mão-de-obra ocupada é de 30,9% com posição de empregados. No entanto, 58% dos trabalhadores possuem carteira assinada e 36% ainda trabalham sem carteira assinada. As principais ocupações são as elementares com 22%, seguida pela ocupação no trabalho de vendedores dos comércios e mercados com 20% (IBGE, 2010).

A principal fonte de renda do município é proveniente do comércio e fabricas (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2011). Entretanto, a população é marcada por uma concentração de renda desigual, evidenciada principalmente pela presença de bairros e condomínios fechados considerados nobres, com maior concentração de renda média, maior grau de instrução, menor densidade domiciliar e melhores condições de vida. Em oposição a bairros periféricos, marcados por pobreza, más condições sanitárias, piores condições de trabalho e maior desemprego. Estas diferenças refletem também em desigualdades de acesso à saúde, educação, trabalho e renda. A evolução da desigualdade de renda pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,56, em 2000, e para 0,54, em 2010⁸.

As principais causas de mortalidade do município são as das doenças do aparelho circulatório (27%), seguidas de causas externas (13%) e neoplasias (12%) (DATASUS, 2016). Chama a atenção a colocação em segundo lugar entre as causas de mortes da cidade ser as

⁸IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010.

causas externas, dentre elas, as mortes por agressões, com o primeiro lugar com 56% dos casos, seguida de acidentes com 41%. Outro fator importante a ser considerado é que dentre as mortes por causas externas ocasionadas por agressão, 93% são de pessoas negras (SIM, 2016).

Dentre os principais problemas enfrentados pela população da cidade estão a violência e o tráfico de drogas, evidenciados tanto em notícias divulgadas pelos meios de comunicação de massa, como pelos depoimentos das participantes do estudo e profissionais de saúde que atuam no serviço, que apontam para os problemas decorrentes da presença do tráfico de drogas e as interferências desses problemas na vida das usuárias. Apesar dos problemas decorrentes do tráfico de drogas, observa-se a ausência de ações cuja intenção vise reduzir o envolvimento de crianças e jovens da comunidade em situações de violência, tanto de organizações governamentais, como não-governamentais. Tais problemas se agravam ao considerar o pouco incentivo por parte da prefeitura municipal à cultura, esporte e lazer, bem como pela presença expressiva de bares em todos os bairros da cidade.

Considerando a problemática em questão, bem como a importância do município para a região, adotou-se a sua rede pública de saúde como campo empírico para o presente estudo. A escolha desse município para a realização da pesquisa justificou-se pelo mesmo corresponder ao único da região do Recôncavo da Bahia onde se encontra em funcionamento um dos dezessete CAPSad implantados no estado (CNES, 2015), além de uma escassa produção de conhecimento sobre o tema nesta região.

O contexto assistencial: a Rede de Atenção Psicossocial e o CAPSad

As políticas de saúde mental responsáveis pela atenção psicossocial atual no Brasil são oriundas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Movimento que surge a partir de mobilizações sociais iniciadas por trabalhadores da saúde mental que denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos e buscavam melhorias da assistência para usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004). As lutas trouxeram avanços significativos no que tange a proteção e a garantia de direitos para o referido público. Ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental a reforma impulsiona a partir da década de 90 um processo de desospitalização, seguido da criação de serviços substitutivos.

Assim, a Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como dispositivos estratégicos desse movimento. O CAPS caracteriza-

se como um serviço da rede substitutiva de atenção à saúde mental ancorado na lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (lei 10.216) para a prestação de atendimento público em saúde mental, caracterizado como um dispositivo aberto de base territorial, com a função de ordenar a rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Em 2002, considerando as peculiaridades da atenção aos usuários de drogas, entra em vigor a Portaria nº 336/GM, que redefine e amplia a atenção a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas com a criação do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad). O CAPSad surge como um importante dispositivo público responsável pela atenção psicossocial e atendimento especializado, com o fornecimento de atividades de assistência aos pacientes como: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2004a).

Observa-se um aumento no número de CAPSad no Brasil nos últimos tempos, saindo de 138 em 2006 para 281 em 2012, o que aponta para uma melhor cobertura assistencial no país (BRASIL, 2012). Entretanto, a Bahia conta atualmente com 17 unidades habilitadas para o funcionamento segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2015), o que pode evidenciar uma distribuição desigual desses dispositivos.

Mesmo com a ampliação do número de CAPSad no país, Nunes et al. (2008) aponta para a insuficiência de serviços substitutivos face à demanda de atenção existente, tanto ao que diz respeito ao número de instituições, quanto ao número de vagas necessárias. Para além, os autores questionam o modo de funcionamento destas instituições e sua aproximação com o ideário da reforma psiquiátrica, bem como a real formatação de rede assumida pelos serviços de saúde mental e pelos serviços de atenção primária.

Alves (2009) também reforça a ideia de que para além do quantitativo de CAPSad implantados, faz-se relevante a compreensão dos saberes e práticas de saúde em construção com base neste dispositivo assistencial estratégico. A autora coloca ainda como um importante desafio de saúde a estruturação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e as suas famílias, caracterizada pela centralidade na atenção comunitária, com orientação na concepção ampliada de redução de danos e articulação com outras redes de serviços sociais e de saúde.

Para elucidar a questão sobre cobertura de serviços públicos de saúde específica para usuários de álcool e outras drogas, Alves e Lima (2013) traçam uma relação entre o número de CAPS implantados até junho de 2011 e o número da população residente no Brasil no ano de 2011 segundo o IBGE, com o pressuposto de que os municípios brasileiros poderiam implantar um CAPSad para uma cobertura populacional de 70 mil, e chegam a conclusão de que o número de CAPSad em funcionamento poderia ser de pelo menos 1.394 serviços, o que evidencia claramente a baixa expressividade da cobertura.

Sobre a presença da categoria gênero e outras categorias na assistência à saúde, um estudo desenvolvido por Pedrosa (2006), cujo objetivo consistia em compreender os sentidos do cuidado associado ao CAPS e a problemática de gênero e raça/etnia em textos técnicos do Ministério da Saúde que servem de apoio para a implementação da Reforma Psiquiátrica, revela a existência de uma diluição de referências relativas às questões de gênero e uma ausência total quanto às relações étnico-raciais. O que indica para Pedrosa, um dispositivo sociocultural que desconsidera o impacto do sexismo e do racismo no sofrimento psíquico do sujeito e a exclusão de outros pertencimentos para a/o paciente do CAPS que não o transtorno mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em dezembro de 2011 pela portaria nº 3.088, tem por finalidade a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A RAPS é composta por: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência, IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A RAPS do município estudado possui serviços e equipamentos variados, tais como: 01 Centro de Atenção Psicossocial II, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, 24 Unidades de Saúde da Família, 08 Postos de Saúde, 01 Hospital Regional (com 06 leitos de clínica psiquiátrica) e um Serviço de Atendimento em Urgência e Emergência - SAMU (CNES, 2016). Recortou-se como campo empírico para o desenvolvimento do estudo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad por ser o serviço responsável pelo atendimento especializado aos usuários com transtornos relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas no município.

O CAPSad foi implantado no município em setembro de 2008 e possui um papel estratégico para a organização da rede de atenção psicossocial local. Localiza-se em um importante bairro, próximo ao centro da cidade, e de acesso facilitado. No que tange à estrutura

física, trata-se de uma casa alugada e adaptada para o funcionamento do serviço, com 3 consultórios, uma recepção, uma sala para refeições e oficinas, cozinha, área de serviço, 4 banheiros e uma área externa. No período de realização do estudo, o serviço possuía uma equipe de nível superior formada por duas Psicólogas, uma Médica Psiquiatra, uma Assistente Social, uma Enfermeira e um Farmacêutico; e uma equipe de apoio composta por uma recepcionista, um digitador, duas auxiliares de serviços gerais, uma artesã e um guarda municipal.

As principais ações de cuidado ofertadas aos usuários e familiares pelo serviço são: atendimento médico, atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, assistência social, dispensação de medicamento, grupos terapêuticos e busca ativa. Os grupos desenvolvidos no cotidiano no período da pesquisa foram: o Grupo de Família; Alcoólicos Anônimos; o Grupo de Tabagismo e o Grupo de autocuidado. Trata-se de grupos abertos e ofertados aos usuários sem restrições para participação. O serviço mantém ainda vínculos com duas instituições de nível superior, uma pública e outra privada, que constantemente enviam estagiários do curso de Psicologia e de Serviço Social para desenvolverem atividades no serviço.

No momento da pesquisa, o serviço passou por intensas dificuldades em seu funcionamento sendo estas: redução da carga horária de funcionamento; demissões, alta rotatividade e sobrecarga de profissionais, ausência de dispositivos de trabalho importantes (carro, computador, telefone, internet), inadequado fornecimento de insumos para o preparo das refeições dos pacientes e materiais para as oficinas, dentre outros aspectos.

A presença feminina no contexto do serviço

As mulheres correspondiam a 13,1% de todo o público assistido pelo CAPSad estudado no início de 2014, segundo levantamento realizado pela assistente social do serviço no período. De todos os registros dos usuários atendidos pelo serviço, haviam 52 mulheres cadastradas, destas, 31 delas faziam uso de álcool, 4 de crack e 17 de outros tipos de drogas. No início do período de observação do serviço, a presença das mulheres era minoritária (quatro mulheres em média no turno da manhã e duas no turno vespertino), com discreto aumento nos dias de consulta com a psiquiatra para a renovação de receitas e aquisição de novos medicamentos. Poucas eram as mulheres que participavam dos grupos terapêuticos e das demais atividades ofertadas pelo serviço, o que apontou tanto para um baixo acesso, quanto para uma baixa adesão das mulheres a outras formas de tratamento que não o ambulatorial.

A presença da pesquisadora era vista com estranheza pelas(os) usuárias(os), visto que não houve um momento de apresentação formal, entre a mesma e as usuarias(os) por parte da

equipe. Minha aproximação foi gradativa, possibilitada pelas interações no âmbito do cotidiano do serviço, como evidenciado em fragmentos dos registros de campo:

Ao perceber a minha presença no serviço, uma das usuárias me perguntou: -“Seu problema é cigarro, não é? Eu entendo, também passei por isso. Tão nova meu Deus!”. Nesse momento, comecei a explicá-la quem eu era, de onde eu vinha e sobre a pesquisa. Ela imediatamente sorriu, e me respondeu: - “Que bom! Porque esse problema é triste, minha filha!” (Diário de Campo).

No que tange aos demais espaços de cuidado que não o ambulatorial, havia uma baixa presença e participação das mulheres nos grupos terapêuticos desenvolvidos no serviço. Nos poucos grupos em que as mulheres se faziam presente, percebia-se o predomínio das intervenções masculinas no espaço de fala. Ademais, as mulheres aparentavam certa dificuldade para verbalizar suas experiências e opiniões, sendo necessário, na maioria das vezes, um estímulo por parte dos mediadores dos grupos para que isso acontecesse. Tais situações evidenciavam a necessidade de estratégias que permitissem uma maior participação das mulheres, garantindo-lhes um espaço de fala e de cuidado mútuo.

Observando a necessidade acima, participei, junto com uma professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e duas estudantes de graduação, da construção de um projeto de extensão para a construção de uma roda de “conversa entre mulheres”, tendo em vista que a oferta de um espaço específico de cuidado para as mulheres se constituía como uma importante oportunidade para a busca ativa das usuárias que não frequentavam o serviço para outros fins que não o do tratamento ambulatorial, e para a garantia de um maior espaço de fala para as mulheres que já frequentavam outros grupos terapêuticos mas não conseguiam exercer o seu poder de fala.

As atividades do grupo de mulheres, denominado “Conversa entre mulheres”, foram desenvolvidas no período de fevereiro a dezembro de 2015. A estratégia utilizada pelo grupo para a divulgação e mobilização das mulheres à participação contemplou: 1. Busca ativa de todas as mulheres cadastradas no serviço a partir de ligações telefônicas; 2. Divulgação no próprio serviço; 3. Divulgação em outros dispositivos de assistência, como Unidade de Saúde da Família e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Psicossocial II. Com a busca ativa via contato telefônico, percebeu-se um grande número de mulheres que não estavam sendo atendidas pelo serviço ou havia falecido, o que reduziu o número de mulheres cadastradas de 52 para 34.

Os encontros eram organizados a partir do planejamento prévio de roteiros, elemento norteador passível de adequações a cada roda de conversa. Os roteiros do grupo eram previamente estruturados com temas norteadores definidos a partir das demandas das mulheres, da equipe de profissionais, ou pela equipe do projeto ao perceber alguma necessidade explicitada nas narrativas das mulheres. O encontro dividia-se em três momentos: Recepção/acolhimento, desenvolvimento e encerramento. A metodologia utilizada caracterizava-se pela flexibilidade às necessidades e anseios das mulheres.

A imersão no grupo “Conversa entre mulheres” possibilitou à pesquisadora uma importante aproximação e estabelecimento de vínculos com as mulheres em tratamento no serviço, estes, imprescindíveis para a execução das próximas etapas do projeto. O espaço era propício para a produção de narrativas sobre as histórias de vida por parte das mulheres, bem como troca de experiências e ajuda mútua, o que possibilitava conhecer um pouco mais a respeito de cada participante. A escuta permitia a anunciação e identificação de diversas situações de vulnerabilidade a qual as mulheres estavam mergulhadas, tanto no âmbito individual, como social e programática, descritas em seções seguintes do presente trabalho.

Após nove meses de início das atividades de pesquisa no serviço, foi apresentada pela pesquisadora, no contexto do grupo de mulheres, a proposta da segunda etapa da pesquisa baseada em entrevistas aprofundadas com vistas a trabalhar de um modo mais minucioso as experiências de mulheres com o consumo de álcool e outras drogas, as interseccionalidades e os fatores de vulnerabilidade relacionados. Nesta oportunidade, o convite foi aberto à participação voluntária, vinculado ao desejo de cada mulher, tendo as mesmas o poder de desistir de sua participação em todos os momentos. O contato telefônico e abordagens na sala de espera nos momentos de maior movimento do serviço foram estratégias utilizadas para estender o convite à participação de mulheres que não participavam do grupo de “conversa entre mulheres”.

As Mulheres

Um total de onze mulheres aceitou voluntariamente participar da segunda etapa do projeto, destas, nove foram identificadas a partir do grupo de conversa, e, as demais, por meio de vínculos desenvolvidos na observação participante. Todas as participantes atendiam aos critérios de inclusão, à saber, idade superior a 18 anos, ser usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas e ter sido ou estar sendo assistida pelo CAPSad. Os principais dados de caracterização das mulheres encontram-se listados do quadro 01.

Sobre a faixa etária das mulheres participantes do estudo, com exceção de uma, todas as demais possuíam idade superior aos 40 anos. Esse dado pode evidenciar a dificuldade na busca de tratamento por mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo necessário, muitas vezes, o aparecimento de agravos sociais e de saúde, que tendem a aparecer com a idade mais avançada, para a busca por apoio especializado. Entretanto, a presença da mulher mais jovem se deu em condições similares, onde apesar na menor idade, a mesma busca o serviço após um episódio grave de overdose, com agravos clínicos e sociais envoltos.

No que tange ao estado civil das participantes, a maioria referiu estar solteira, mesmo que convivendo com parceiros, o que aponta tanto para uma tendência comum a não formalização dos relacionamentos, como para a fragilidade dos vínculos afetivos estabelecidos. O divórcio também é elemento comum nas histórias das mulheres, bem como a condição de mãe solteira e de chefe de família. O estar “solteira” chama atenção para um aspecto importante, principalmente ao cruzar essa informação com a categoria raça/cor, que é a solidão da mulher negra associada ao consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Quadro 01 – Principais características das participantes do estudo quanto à idade, estado civil, ocupação, escolaridade, número de filhos, raça/cor e substâncias utilizadas

Nome	Idade	Estado Civil	Ocupação	Escolaridade	Nº de Filhos	Raça/ Cor	Substâncias Utilizadas
Adriana	48	Solteira	Atividades Domésticas	Fundamental Incompleto	02	Preta	Alcool e Tabaco
Coala	49	Solteira	Atividades Domésticas	Médio Completo	03	Parda	Alcool e Tabaco
Curica	45	União Consensual	Atividades Domésticas	Fundamental Incompleto	06	Preta	Alcool
Deise	61	Divorciada	Empregada Doméstica	Fundamental Completo	05	Preta	Alcool e Tabaco
Marmalva	62	Casada	Aposentada	Fundamental Incompleto	02	Preta	Tabaco e Alcool
Eduarda	49	Divorciada	Atividades Domésticas	Médio Completo	03	Preta	Alcool
Isabel	45	União Consensual	Empregada Doméstica	Fundamental Incompleto	02	Preta	Alcool
Joana	41	União Consensual	Atividades Domésticas	Médio Completo	02	Preta	Alcool e Tabaco
Luana	26	União Consensual	Atividades Domésticas	Médio Completo	01	Parda	Tabaco, Cocaína maconha, Alcool
Maria	54	Divorciada	Atividades Domésticas	Médio Completo	02	Parda	Alcool
Rosa	53	Divorciada	Aposentada	Fundamental Incompleto	03	Preta	Alcool e Tabaco

No que diz respeito à fonte de renda das mulheres, observa-se que as que não exercem atividades remuneradas sobrevivem ou de benefícios sociais, como o bolsa família e aposentadorias, ou de ajuda de parceiros e familiares. O valor varia de uma mulher para outra,

entretanto, em todos os casos é igual ou inferior a um salário mínimo por mês (R\$ 937,00). Essa característica financeira classifica as participantes nas mais baixas esferas de classes sociais, sinalizando para as dificuldades de autossustento, e situações de pobreza, mais evidenciadas em alguns casos que em outros, mas comum a todas as mulheres.

As ocupações majoritárias das mulheres em tratamento para o consumo abusivo de substâncias psicoativas foram as atividades domésticas. A maioria atribui o fato a dificuldade de encontrar emprego, principalmente por serem usuárias (ou já terem sido usuárias) de SPA. Outras, entretanto, justificam pela necessidade de cuidar dos seus filhos ou familiares adoentados e/ou impossibilidade de trabalhar fora em função de suas limitações físicas.

O nível de escolaridade das participantes do estudo de um modo geral foi baixo, observa-se que quase a metade (5) das participantes não conseguiram integralizar o ensino fundamental. O baixo nível escolar e socioeconômico familiar, bem como a necessidade de trabalhar desde muito cedo são fatores relatados pelas mesmas como justificativas para a interrupção dos estudos.

As principais diferenças observadas entre as mulheres que terminaram os estudos e as que não concluíram os estudos estão no acesso ao mercado de trabalho antes de exercerem um consumo abusivo de SPA. Os principais trabalhos exercidos anteriormente pelas mulheres com ensino médio completo foram: professora, florista, cozinheira e balconista. As que não concluíram os estudos trabalhavam de babá, cozinheira, diarista, empregada doméstica e atendente em supermercado.

Para a coleta de dados sobre raça/cor, dois métodos diferentes foram empregados, o primeiro com uma pergunta aberta sobre a raça/cor que as participantes se identificavam, e o segundo com o mesmo questionamento, porém, utilizando como opções de resposta as categorias do IBGE (preto, pardo, amarelo, indígena e branco). Como resposta ao primeiro método, as mulheres se caracterizaram como: “clara”, “morena”, “cor de formiga”, “cor do pecado”, “mulata”, dentre outros. Já, com o uso do segundo método, a maioria das entrevistadas se consideram pertencentes a categoria “preta”, e uma menor parte “parda”. Considerando a classificação de negros, como a soma de pretas e pardas, pode-se dizer que o presente estudo foi desenvolvido predominantemente com mulheres negras. Vale ressaltar, entretanto, que com o uso de ambas as estratégias, as mulheres demonstraram certa dificuldade ao se defrontarem com a tarefa de se classificar quanto a sua raça/cor, como o fragmento a seguir explicita:

“Parda. Eu acho que eu sou parda, preta eu não sei [risos], branca eu não sou [risos]. Mãe é branca do cabelo duro, galega, papai era preto, preto, preto. Aí, uma mistura danada.” (Maria, 54 anos)

Interseccionalidades importantes são observadas ao se analisar as características das mulheres participantes do presente estudo. As categorias gênero (mulheres), raça (negras) e classe social (baixa), demonstram o lugar de subordinação que as desigualdades de gênero, classe e raciais colocam as mulheres negras. Segundo o Dossiê de Mulheres Negras (IPEA, 2013), as mulheres negras estão em condições inferiores no contexto da educação superior, do mercado de trabalho e renda, assim como em relação à pobreza, ao acesso a bens, à exclusão digital e à violência. Estas dimensões articulam-se com a situação de classe, geracional, regional, e com a dinâmica temporal destes fenômenos na realidade brasileira.

É importante considerar o lugar complexo em que as mulheres do presente estudo estão situadas. Trata-se de mulheres negras, em sua maioria com baixo grau de instrução, pertencentes a classes sociais baixas. Esse lugar implica situações de subordinações inerentes às interseccionalidades de gênero, raça e classe social, ao passo que as expõe a situações de vulnerabilidade diversas, traduzidos em fatores de risco para o consumo abusivo de SPA.

4. VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

As histórias de vida

Todas as mulheres participantes relataram uma infância difícil, tendo em vista as condições financeiras e sociais dos genitores. Como desfecho, observa-se casos de abandono, vivência de doação de filhos para a adoção e/ou introdução ao trabalho desde a infância para colaborar com o provimento de subsistência. Alguns relatos descrevem algumas atividades exercidas desde crianças, como carregar peso na feira, pedir esmolas nas ruas, raspar mandioca e trabalhos braçais. Os relatos evidenciam o atraso à inserção na escola, o baixo acesso à informação, serviços de saúde, alimentação de qualidade, saneamento básico, lazer, habitações de qualidade, o baixo ou inexistente acesso à arte e lazer que culminam em uma maior exposição a situações de risco. A presença de situações de vulnerabilidade desde a infância é evidenciada nas falas a seguir:

“Quando a minha mãe de criação foi me adotar, porque a minha mãe verdadeira tava dando os filhos, e quando a minha mãe chegou lá para me adotar, ela me encontrou num buraco no chão, que a minha mãe cavava, me botava, e saía para trabalhar [...] Eu acredito que pelo fato dela não ter o juízo, um juízo certo, ter problema mental e também pela situação financeira dela. Quando a minha mãe de criação me tomou pra criar, eu não dava um tamanho de uma boneca, entendeu? A roupa que minha mãe

tem lá, não cabe nem em um bebe menor, que eu vejo aí, não cabe, nem o sapatinho não cabe! Ela me enrolava com um bocado de pano, e saía na rua, é isso que ela e os vizinhos me contam. Ela me enrolava num bocado de pano que era pra ninguém vê, porque todo mundo que olhava, assim, e via aquele “negocinho” desnutrido, perguntava pra ela: - Tu tomou essa menina pra morrer na tua mão? E ela já tinha seis filhos também, e lavava roupa na casa dos outros. Então, pra uma pessoa fazer isso, é muito coração, entendeu? E eu passava muita fome também com minha mãe biológica, minha irmã conta a situação de que uma vez minha mãe saiu, ela sendo a mais velha ficou com a gente em casa, ela disse que depois que a minha mãe chegou encontrou a gente tudo desmaiado de fome, entendeu?” (Luana, 26 anos).

“Eu nunca passei fome na vida, mas a gente não tinha liberdade de sair, de ir no colégio, numa missa, numa reza. Tínhamos que trabalhar de domingo a domingo. E ele bebia muito (o pai). E quando ele bebia a gente dormia tudo no mató. Ele pegava a espingarda para a minha mãe, pegava o facão” (Joana, 41 anos).

Para além de uma infância marcada pelo trabalho, observa-se uma vida marcada por perdas, para além de uma série de acontecimentos que propiciaram o aumento de sofrimento psíquico das mesmas, e que em muitos casos, encontra-se relacionado com o início de um padrão de uso mais abusivo das substâncias, tais como: perda de entes queridos, conflitos familiares, desilusões amorosas, problemas afetivos, perda da guarda do filho, depressão, perda da casa onde morava, dentre outros:

“Minha infância foi trabalhando, comecei a trabalhar cedo, jovem. Tive meus dois filhos. Um a polícia matou com seis tiros no quintal da minha casa. O outro que eu tenho é casado, mora próxima a mim, mas é casado. E eu convivi com um rapaz durante uns 17 anos, daí ele faleceu e eu fiquei sozinha. Depois eu arrumei esse parceiro aí agora e estamos tentando ver se vai dar certo. E estamos sempre nessa luta. Tem o meu sobrinho que eu crio, agora esse me dá dor de cabeça com a droga. Não é de bulir com nada de ninguém, mas é envolvido com droga às vezes. É um menino bom, calmo, mas às vezes ele fica, meio... Não sei, acho que foi porque ele viu a morte do pai, viu a morte da mãe, viu a morte do meu filho” (Adriana, 48 anos).

“Eu me sentia rejeitada, amargurada, desmerecida, que eu não merecia é... eu não merecia o que ele fazia comigo, o que ele fez comigo, me trocar por uma prostituta. Aí eu comecei assim com as colegas, com os amigos. Depois eu aumentei, fui aumentando...” (Maria, 54 anos)

Sobre as substâncias consumidas pelas participantes do estudo, ressalta-se o álcool como droga de uso comum entre todas as mulheres. A segunda substância mais consumida foi o tabaco, estando o uso do mesmo sempre atrelado ao uso do álcool. Vale ressaltar que ambas as substâncias citadas são lícitas e de fácil acesso, com riscos de agravos a saúde amplamente pulverizados em campanhas publicitárias. O uso de substâncias ilícitas também foi encontrado, entretanto, associado a menor faixa etária e também associado ao consumo de álcool e tabaco.

Ao se abordar a vulnerabilidade como uma circunstância da vida, não como condições inerentes a determinadas pessoas, pode-se pensar que o conjunto de aspectos percebidos nas

histórias de vida das mulheres as expuseram a um maior contato com fatores de risco do que fatores de proteção. O que chama a atenção para a “complexidade das experiências e histórias de vida das mulheres, contexto em que fatores múltiplos e diversos viabilizam a vulnerabilidade ao risco, favorecendo o uso, abuso e dependência de drogas” (SILVA, MOURA & ZUGMAN, 2015).

Observa-se assim, o quanto a condição social das mulheres impacta as suas vidas desde suas infâncias. Ao se associar este fator com a categoria gênero e raça, pensamos em uma potencialização na experiência de desigualdade e subordinação dessas mulheres, sendo complexo falar de vulnerabilidade de cunho individual, haja vista a relacionalidade dos múltiplos aspectos envolvidos, o que torna difícil dissociar o que é da ordem do indivíduo e o que é da ordem do social no caso em questão.

A experiência com o consumo de substâncias psicoativas

A literatura evidencia que o consumo de substâncias psicoativas na população feminina do Brasil se inicia muito cedo, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento de um padrão de uso problemático (GUIMARÃES et al., 2009, OLIVEIRA, 2006). Na presente pesquisa, a maioria das mulheres iniciou o consumo de substâncias psicoativas ainda na adolescência e o intensificou na idade adulta, como veremos na análise que segue. No que tange às substâncias, as primeiras experiências em todos os casos envolveram o uso de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, e com o passar do tempo drogas ilícitas, como a maconha e a cocaína. Geralmente na infância ou adolescência, o contexto de início foi diverso e de múltiplas maneiras, tendo em alguns casos a própria família como via, e em outros os amigos, os parceiros e até a mídia. As situações de lazer e sociabilidade foram as mais comuns nos primeiros contatos.

“Eu tinha 10 anos, meu pai me dava um golinho, sempre me dava um copo, aí foi indo. Depois disso foi chegando na adolescência, 12, 13 anos, aí começou a tomar uma bebida escondido. Depois começou o cigarro, aí comecei a fumar com os amigos na escola, achava bonitinho, fumando aí comecei a fumar. Aí daí, do cigarro pra maconha foi um passo. Comecei a sair com uma galera, uma turminha e comecei a usar a maconha. Aí depois da maconha demorei um tempão sem usar outra substância, sem conhecer outra substância, e o que me apresentaram? A maldita cocaína. Eu fiquei um bom tempo usando a maconha e cocaína. Só que eu não tinha controle sobre a cocaína, aí eu usei demais, eu usei até um ponto de chegar à overdose.” (Luana, 26 anos).

O relato evidencia a existência de experiências inicialmente pontuais com as SPAs, com a introdução de outras substâncias e aumento da frequência de uso com o tempo. A perda do controle se dá de modo gradativo. Similaridades ao cenário encontrado no presente estudo e descrito por Marques (2010), em um estudo realizado com sujeitos com transtornos decorrentes do uso de álcool em um Centro de Atenção Psicossocial, descreve que inicialmente o uso de álcool é compreendido pelos usuários como fonte de prazer, alívio, desinibição e descontração. Entretanto, com o passar do tempo e aumento do uso, começa a se perceber os primeiros prejuízos, cujas consequências negativas do uso estão ligadas à relação que os sujeitos estabelecem com a substância, para além da mesma em si.

Os dados do presente estudo dialogam com os achados de Nóbrega e Oliveira (2005) em uma pesquisa realizada em São Paulo, da qual participaram mulheres usuárias de álcool inseridas em um tratamento especializado para dependência química autorreferida. O estudo descreve a experiência do consumo dessas mulheres, as quais relataram ter uma boa qualidade de vida antes do uso nocivo e a dependência ao álcool e observarem, em seguida, a perda do controle sobre a bebida e o surgimento de prejuízos físicos e sociais, resultando, por fim, na percepção dos danos e na busca de tratamento especializado.

A vivência de relacionamentos afetivos turbulentos foi uma experiência comum entre as mulheres, em sua maioria com parceiros que também faziam uso abusivo de substâncias psicoativas. A traição e a separação foram experiências relacionadas ao aumento do consumo pelas mulheres. Para além, a convivência com parceiros que também consumiam substâncias por vezes se classificava como um fator de risco para as mulheres, visto que muitas ficavam expostas à situação de violência psicológica e física, e tendiam a uma maior intensificação do padrão de uso da substância consumida pela vivência. Este achado converge com a literatura revisada, pois pesquisas vêm demonstrando que a relação amorosa estabelecida entre mulheres usuárias de drogas com parceiros também usuários é caracterizada pela constante violência de gênero, o que contribui muitas vezes para a manutenção do uso de SPA pelas mulheres (ALZUGUIR, 2005; NOBREGA, 2005; SILVA, 2002).

“Não, fisicamente ele não me batia não. Eu já estava tão traumatizada, de ter apanhado quando eu era pequena, que eu disse a ele que se ele tocasse a mão em mim, se eu não pudesse com ele acordado, eu podia com ele dormindo. Eu acabava com ele dormindo. Ele nunca tocou a mão em mim não, mas assim, psicologicamente eu sempre fui

torturada. E às vezes ele queria que eu fizesse coisas que eu não gostava, aí eu fazia a pulso, pra ficar livre logo daquele inferno. Eu fazia a pulso em relação ao sexo” (Maria, 54 anos).

No âmbito dos relacionamentos heterossexuais, observa-se diversas questões de gênero que devem ser discutidas e problematizadas. Dentre elas as situações onde o uso de substâncias psicoativas por parte dos parceiros é imposto para a mulher como um comportamento que deve ser aceito e jamais questionado. Entretanto, o comportamento oposto não é tolerado. Observa-se em alguns relatos o consumo da mulher citado como recorrentes justificativas dos homens para a não manutenção do relacionamento afetivo, o que por vezes assume tons de ameaça e imposição, gerando sofrimento para as mulheres, que por vezes até tentam parar o consumo, mas não conseguem.

“Aí ele dizia: - *Eu não tô com você porque você fuma*. E eu dizia: - *Mas você também fumava, você largou e eu não tive condições de largar de fumar*. O pé dele era o cigarro, a desculpa dele, mas não foi nada de cigarro. Se ele não fumasse era uma coisa, mas eu digo, ele me viciou mais de que eu já fumava” (Rosa, 53 anos).

“Aí ele disse que ia separar de mim por causa da minha bebida, que a minha bebida era o que incomodava ele. Mas ele bebia, pegava um *bogue*⁹ e bebia todo. [...] Quando estava com os amigos ainda usava outros tipos de drogas mais pesadas” (Eduarda, 49 anos).

Dentre as consequências sociais que o consumo abusivo e/ou dependência de SPA trouxe para as participantes da pesquisa, a que mais teve destaque em suas narrativas foi a exposição às situações de violência, que em alguns casos se estendiam aos seus filhos. Essas situações foram descritas como agressões físicas e verbais, partindo tanto da usuária para com terceiros, como de terceiros para com a usuária. Este fato muitas vezes ocorre porque o ato de beber passa a fazer parte do dia-a-dia dessas mulheres, porém não há uma tolerância social a este beber, o que acaba por ocasionar situações de violência. Assim, tanto a violência quanto o consumo do álcool são intensificados e acabam por afetar a saúde física e mental dessas mulheres (ZILBERMAN e BLUME, 2005).

“Eu não estava bebendo, e o pai delas queria me agredir. Começou porque eu não gosto de filme pornô, nunca gostei desde jovem [...]. Aí a minha filha achou um filme

⁹ “bogue”: vaso de cachaça, o mesmo que corote.

pornô, e me mostrou: - *Olha mamãe, paixão!* Aí eu disse: - *como é que é? Paixão? Como é que é? Eu nunca lhe mostrei isso!* Aí virei o Diabo e fiquei cismada. Um dia ele (o parceiro) foi dormir de junto da minha filha, botou a mão no pênis e quando me viu tirou. Quando ele fez isso foi que começou o inferno, porque eu não acreditei, não confiei. Eu achei que ele queria a minha filha. Ele me dava remédio e cachaça, ou para me agredir ou para eu não ver o que ele ia fazer com a minha filha. Aí um dia ele me agrediu e a rua toda viu e chamou a viatura que levou ele” (Curica, 45 anos).

As entrevistadas no presente estudo apresentam prejuízos consideráveis decorrentes do consumo de SPA no que tange ao desenvolvimento de papéis que anteriormente exerciam, tais como o de filha, mãe, esposa, profissional. O abuso e a dependência da substância trouxeram as mulheres agravos importantes, tanto sociais, como de saúde, alguns evidenciados na narrativa a seguir:

“Não pude criar meus filhos até adulto, ver eles homens. Eu já não comia mais, eu só bebia. Prejudiquei minha filhinha, tanto que ela ficava assadinha de cocô, dormia coitadinha, sofrendo. Então, foi um dos motivos também que me levou a mudar, entendeu? Meu marido chegava bêbado também, eu e ele bebendo. Tudo isso era um fator, para esquecer os problemas, e eu refugiava na cachaça, e pra completar só vou te dizer uma coisa, não mudou nada meus problemas, continuam os mesmos” (Curica, 45 anos).

O consumo abusivo de substância psicoativas por mulheres aparece associado a diversas situações de riscos e/ou agravos à saúde das participantes. No que tange seus agravos, os mesmos aparecem tanto na esfera da saúde mental das mulheres, como manifestado na saúde física, pode-se citar tanto problemas agudos quanto crônicos, decorrentes do padrão de uso abusivo, estes foram: perda de peso, dores no corpo, sintomas ansiosos, episódios de overdose, comas alcoólicos, desmaios sem outras causas aparentes, exposição ao vírus HIV/AIDS, parestesias e problemas locomotores. Como pode ser percebido do relato a seguir:

“Só que eu não tinha controle sobre a cocaína, aí eu usei demais, eu usei até um ponto de chegar à overdose. [...] Foi péssimo, foi péssimo porque realmente todo mundo, médicos, o hospital todo, a clínica, onde eu passei, todo mundo falava que foi uma coisa de Deus eu ter sobrevivido. Porque eu dei um ataque cardíaco, eu cheguei com parada cardíaca, eu fiquei inconsciente, não tinha noção de nada, espumando pela boca. Fui pra o hospital entubada, meu coração tava a mais de 180 por hora de batimento. [...] Eu não sou mais aquela pessoa que era antes, nem tenho mais aquela

alegria que tinha antes. Meu corpo mudou, eu tinha um corpo perfeito! Depois que eu comecei a usar drogas eu primeiro emagreci bastante porque cheirava e não comia e quando comia botava pra fora. E depois eu comecei a fazer uso de remédios, de traja preta, para poder conter o efeito que a droga me causou, e aí comecei a engordar, fiquei nesse efeito de engorda e emagrece, não voltei a ser como antes. Nunca vai ser como antes! A gente sabe que nasce, cresce, envelhece e morre, mas pra mim eu vou morrer a qualquer momento” (Luana, 26 anos).

“Tá me trazendo muitos danos. Eu tô muito magra, eu não era magra assim. Eu sinto falta de ar. Eu sinto falta de ar, fora a câibra que dá nas minhas pernas [choro]” (Coala, 49 anos).

Sobre as repercussões para a saúde de mulheres envolvidas com drogas, o presente estudo dialoga com os achados de Souza (2013), que em uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, com mulheres atendidas no CAPSad do Centro Histórico de Salvador-BA, demonstra as repercussões do consumo de drogas, tanto para o organismo como para a vida social das mulheres. As mesmas marcadas pelo desenvolvimento de doenças, exclusão social, rompimentos dos laços familiares e afetivos, contexto de violência, tanto sofrida como praticada, dentre outras repercussões. O estudo identifica ainda que a busca por tratamento das participantes por vezes se confundia com a busca da identidade feminina perdida pelo consumo abusivo.

As limitações de saúde provocadas ao longo do tempo pelo uso abusivo de substâncias psicoativas foi um elemento comum no relato de todas as mulheres. É também um forte fator para a busca por atendimento e serviços de saúde, não necessariamente para o consumo de substâncias, mas por complicações relacionadas. Outras queixas importantes no que tange à saúde das mulheres são oriundas do próprio tratamento, concernentes a efeitos colaterais dos medicamentos prescritos pelo CAPSad. Muitas reclamam de perda de memória, tremores, ganho de peso e sonolência. Situações que impactam a qualidade de vida das mulheres e implicam em limitações físicas para o desenvolvimento de atividades anteriormente desenvolvidas, bem como na manutenção do tratamento.

Sobre os contextos de uso e as formas de acesso às substâncias

O padrão de consumo de substância tendia a aumentar ao decorrer do tempo e das experiências vivenciadas pelas mulheres. Os contextos mais comuns de uso de substâncias no

início foram as festas, boates, casas de amigas e confraternizações. Com a intensificação do consumo, os espaços tendiam a mudar, uma menor proporção preferia consumir em casa para evitar a exposição e os olhares negativos das pessoas. Já outras, preferiam não consumir em casa e beber escondido, para que a família não interferisse em seu comportamento. Algumas mulheres referem ainda que a vontade de consumir às vezes superava o sentimento de vergonha, chegando a beber em bares acompanhada de seus filhos pequenos e até mesmo em seus próprios ambientes de trabalho.

“Quando eu comecei, eu saía com as meninas para a boate ou final de semana para a casa delas, aí chegava lá, as meninas pegavam a *piriquitinha* ou a 51, fazia a caipirinha e *chamava no centro*¹⁰. Aí depois, eu comecei a trabalhar de Gari, aí eu olhava prum canto, olhava pro outro, só poeira ou se não mato para arrancar. Aí eu via uma budeguinha, eu corria e me escondia. Chegava lá e pedia: - *Bota uma aí pr’eu beber. E bebia*” (Joana, 41 anos).

As mulheres afirmaram não possuir dificuldades para comprar a substância. O dinheiro necessário para a compra provinha de parceiros e amigos, auxílios sociais que recebiam, pequenos trabalhos (bicos) e, em uma proporção menor, troca de sexo por dinheiro. As substâncias lícitas poderiam ser adquiridas em supermercados, bares de bairros e feira-livre. A aquisição das ilícitas seguia um padrão diferente, podiam ser solicitadas por meio de ligações telefônicas, para que as mesmas não necessitassem ir para o local de venda, e a entrega realizada por motoqueiros específicos.

A falta de dinheiro não costumava impedir o uso, visto que era comum a aproximação de pessoas que também consumiam. E quando uma não tinha como pagar, sempre aparecia outra pessoa para ajudar. O próprio CAPSad aparece também como um espaço onde as interações para a aquisição de substâncias apareceram como algo comum. As usuárias afirmam que tanto conseguem ter acesso a algumas substâncias dentro do serviço, como conseguem combinar com os demais usuários espaços para o uso, dentro e fora do serviço.

“E quando eu olhava e não achava nada na vida pra fazer, pra comer... Aí eu ficava naquela: - *Ah, vou tomar uma!* E pra tomar uma todo mundo oferecia, né? Eu não precisava nem ter dinheiro para comprar” (Joana, 41 anos).

¹⁰ “Chamar no centro”: expressão usada por algumas usuárias para expressar o ato de colocar a substância para dentro do organismo.

Acesso à informação

Na abordagem sobre vulnerabilidade proposta por Ayres et al. (2006), a dimensão individual é concebida pelo princípio de que todas as pessoas são vulneráveis a um determinado agravo de saúde e aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para uma exposição ou proteção. Nesta perspectiva, incluíram-se fatores como o grau e à qualidade das informações disponíveis às pessoas, a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las como preocupações, bem como o interesse e as possibilidades efetivas de transformação de tais preocupações em práticas efetivas de prevenção. Em síntese, a dimensão individual é composta, principalmente, por aspectos comportamentais, mas também cognitivos.

Considerando que o grau e a qualidade de informação, fatores categorizados por Ayres et al. (2006) como inerentes à dimensão individual, sofrem influência direta no que tange à disponibilidade e acesso a uma série de fatores da dimensão social descrita pelo autor, como o meio onde se está inserido, as condições socioeconômicas, políticas e religiosas, torna-se complicado falar de uma vulnerabilidade individual dado ao borramento existente entre essas dimensões e o modo como as categorias se cruzam, se relacionam e de interseccionam.

Quando questionadas se sabiam dos efeitos das SPAs quando iniciaram o consumo, todas as participantes afirmaram saber que não fazia bem para a saúde, por escutar as pessoas ao seu redor comentar. Entretanto, não sabiam dizer o porquê, e nem sentiam efeitos negativos da substância no início do consumo. Tais dados chamam a atenção para a qualidade e o tipo de informação acessível à essas mulheres no que tange às SPAs. Ao considerarmos as interseccionalidades (raça, gênero e classe) que tangenciam as participantes do estudo, percebemos o quanto os níveis de acesso a informação se moldam à medida em que as categorias se cruzam e se interseccionam. Assim, fatores de ordem social, como o baixo grau de instrução e o baixo poder aquisitivo, influenciam de modo direto no grau de acesso à informação sobre as SPAs por parte das mulheres.

Sobre a existência de tratamento e os serviços disponíveis na região, a maior parte das mulheres referiu desconhecer as possibilidades de tratamento e os locais existentes para esse fim na região. Essas informações só foram adquiridas a partir do momento que perceberam que sozinhas não estavam dando conta e que era necessário buscar algum tipo de ajuda ou foram encaminhadas de algum serviço ou por algum membro da família ou amigos para o serviço.

A ausência de informações de qualidade sobre o consumo de drogas, modos de prevenção de agravos, redução de danos e tratamento configura-se enquanto um fator de exposição das mulheres. Visto que, quando não se tem acesso a tais conhecimentos, é

impossível a identificação de cuidados que reduzam os efeitos negativos de determinada substância no organismo e o estabelecimento de medidas de prevenção, redução de danos e busca por tratamento. Logo, a falta de acesso a informações de qualidade também são fatores que colocam as mulheres estudadas em um estado de vulnerabilidade acrescida.

Itinerário Terapêutico: A busca por ajuda e tratamento

O termo itinerário terapêutico vem sendo utilizado pela literatura socioantropológica para definir o percurso traçado por pessoas em busca de cuidados terapêuticos. Esta trajetória é constituída por ações, ancoradas em construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, estabelecidas sob as influências de diversos fatores e contextos (ALVES e SOUZA, 1999; CABRAL et al. 2011).

No presente estudo, o processo de percepção dos prejuízos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como a necessidade de pedir ajuda, aparece de diversas formas, de acordo com a singularidade e o contexto vivenciado por cada usuária. Em alguns casos, a percepção se dá quando a família e/ou amigos começam a chamar a atenção. Em outros, quando as mulheres começam a sentir que sua saúde está sendo comprometida, ou quando percebem que antes de estabelecerem um padrão problemático de uso de SPA realizavam as suas atividades normalmente (trabalhavam, cuidavam do filho, da casa, faziam compras e etc.), porém, com a intensificação do consumo, não mais conseguem realizá-las como antes. A narrativa abaixo ilustra esse achado:

“Eu percebi quando perdi as minhas duas filhas para meu irmão. Aí o conselho tutelar me levou para lá (o CAPS)” (Curica, 45 anos).

“Mesmo inchada e sem andar eu continuava bebendo do mesmo jeito. Eu decidi parar quando eu tava no hospital, na UTI, quase morta. Foi a hora que eu vi que eu já não tava mais andando, já tava toda inchada. Parece que Deus me disse assim: - Olha, a última chance que eu vou te dá é essa agora” (Adriana, 48 anos).

Marques (2010) aborda que o percurso traçado na busca do tratamento não se configura como resultado de escolhas racionais prévias, mas da experiência construída ao longo do caminho. Esta busca é marcada por sentidos e significados das vivências e implicações do uso abusivo de substâncias e a percepção de necessidade de busca de apoio e enfrentamento do problema. A maioria das mulheres entrevistadas procurou ajuda inicialmente no CAPS AD para

o tratamento do consumo abusivo de SPA, sob a influência de familiares e de amigos. Entretanto, houver casos em que a busca se deu de forma espontânea, ou seja, a própria usuária foi em busca de ajuda, sem nenhum tipo de encaminhamento. E em outras situações, a procura pelo serviço se deu através de encaminhamentos realizados por outros serviços como hospital, conselho tutelar e delegacia, como os discursos abaixo evidenciam:

“Quem me trouxe foi meu menino, porque as pessoas na rua chamavam os meus meninos e diziam: *-Vai cuidar da tua mãe, que tua mãe não tá bem não*” (Eduarda, 49 anos).

“Ah, eu mesmo que resolvi, porque eu achei que eu tava me aprofundando muito” (Maria, 54).

De modo geral, as mulheres enfrentam diversas barreiras ao procurarem tratamento, barreiras estas que transcendem fatores políticos e socioculturais em todo o mundo (BRASILIANO e HOCHGRAF, 2006). Os dados produzidos na presente pesquisa mostram que as principais dificuldades e obstáculos encontrados por uma pessoa que faz uso de álcool e outras drogas quando decide procurar tratamento para o consumo abusivo e/ou dependência de substância psicoativa, na visão das mulheres participantes da pesquisa, são: preconceito, vergonha de assumir que perdeu o controle da situação, vergonha de frequentar o CAPS AD, falta de apoio por parte dos familiares e da sociedade, os efeitos da abstinência e a intensa vontade de consumir a droga.

Brasiliano e Hochgraf (2006) afirmam que apesar das significativas mudanças nos papéis dos homens e das mulheres na sociedade, existe ainda um preconceito social em relação a qualquer dependência de substâncias psicoativas. A mulher dependente, por sofrer mais estigma que os homens, tende a desenvolver certo receio em procurar ajuda, buscando o tratamento muitas vezes de modo indireto, com queixas vagas de problemas físicos ou psicológicos.

No que tange à relação das mulheres com a(s) substância(s) de consumo, foram observadas duas situações: algumas estavam em abstinência e compreendiam que para o seu tratamento, estar em abstinência se fazia importante, pois o contato com a substância aumentava as chances do consumo em excessos; Outras entendiam que o melhor jeito de alcançar os seus objetivos para com o tratamento era a redução gradativa do consumo. A redução de danos é compreendida por todas como algo processual e gradativo, que pode está sendo alcançada à medida que avançam com o mesmo, como na fala a seguir:

“Na outra semana, é assim, cada semana ela dá uma quantidade pra gente, pra ver se a gente vence aquela quantidade. É difícil, viu? Mas, dá pra vencer. Era de seis em seis (cigarros), passou pra cinco em cinco, agora passou pra quatro” (Rosa, 53 anos).

Dentre as onze entrevistadas, nove afirmaram perceber mudanças importantes em suas vidas após o início do tratamento no CAPSAd, mesmo com a ocorrência de recaídas. Apenas duas das participantes, ambas usuárias antigas do serviço, afirmam não perceber mudanças significativas. Observa-se que o sucesso do tratamento para as mesmas se resume ao alcance da abstinência, sendo a percepção de melhora atribuída à ausência de recaídas, estas, constantemente presentes em suas vidas. Segue relato de ambas as situações:

“Percebo avanços. Eu cheguei pelo conselho tutelar em um carro, cheia de bebida. Eu fui levada e hoje eu consigo ir sozinha com a menina” (Curica, 45).

“Pra ser sincera com você, eu já esperei mais, agora eu estou me desiludindo. Estou achando que eu tenho que parar essa bebida por mim mesmo, pela minha própria força de vontade” (Isabel, 45 anos).

A recaída aparece como uma delicada etapa do tratamento das mulheres, os fatores desencadeantes variam desde situações de estresse, como brigas, desentendimentos e conflitos, até a própria vontade de consumir a substância. Trata-se de um momento delicado, com a vivência de situações desagradáveis, tais como brigas, conflitos, acidentes, dentre outros. Apesar de sempre ser procedida de sentimento de arrependimento, todas as mulheres referem entender a recaída como parte de um processo gradual de tratamento.

“Recaídas eu tive várias, mais de dez, mas depois eu levantava de novo. [...] Pra cair era só eu me estressar, me aborrecer ou alguém falar de mim. Porque quando mais eu caio é quando alguma coisa acontece, ou então quando bate a vontade de beber mesmo que eu fico assim ansiosa. Agora quando eu volto é porque eu fico arrependida do que eu fiz. Porque eu faço barraco, eu brigo, eu xingo, eu faço miséria também, fico à toa, fico feia, parecendo um diabo” (Curica, 45).

5. A “VULNERABILIDADE SOCIAL”

O contexto social

A escuta das histórias de vida das participantes possibilitou a identificação de elementos da dimensão social da vulnerabilidade das mulheres ainda na primeira infância. Algumas dessas mulheres demonstram ter tais situações bem resolvidas no momento da pesquisa, outras, no entanto, traziam experiências dolorosas e ainda pouco elaboradas, com uma grande carga de sofrimento.

Das onze entrevistadas, nove residem em bairros periféricos do município estudado, dentre elas, duas residiam em conjuntos habitacionais “Minha Casa, Minha Vida”. Os contextos habitacionais tendiam a serem marcados por pobreza, baixo incentivo à cultura, fragilidade da rede de suporte social, habitações irregulares, saneamento básico precário, presença intensa de tráfico de drogas e altos índices de violência e intervenções policiais. Outra característica comum aos bairros é a presença de bares, botecos e “bodegas”. Dispositivo utilizado cotidianamente pelos moradores em função da ausência de outros espaços de lazer. Características estas que colocam as mulheres em situações de risco e aumentam a vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas.

Identifica-se nas narrativas das participantes que as condições sociais, marcada por perdas, configuram-se enquanto um importante fator de vulnerabilidade para a intensificação do uso de substâncias psicoativas, bem como implicações diretas no seu tratamento. A morte de familiares (filhos, esposos, irmãos) configura-se como um elemento desafiador para as mulheres, visto que para além da dor da perda, muitas ainda convivem com a culpabilização e representações negativas prévias ao julgamento dos fatos pela justiça. Visto que quando um jovem morre, principalmente se ele for negro, a causa de morte logo é atribuída pelas pessoas ao envolvimento com as drogas, como se o fato perdesse a sua relevância, justificando muitas vezes a ausência de apurações e outras negligências por parte do sistema de justiça.

“Aí eu tava em outra casa, eu não tava em minha casa. E na outra casa tava o meu filho com mais dois primos. Aí quando foi 4 horas da manhã, eu me assustei com o tiroteio. Aí eu pensei: - Quatro horas da manhã e esses tiros? Não pode ser! – Aí eu levantei e espreitei pela janela. Aí meu primo que mora na outra casa se assustou também e levantou. Aí o meu sobrinho pequeno chegou e me chamou, eu disse: – Oi!- Ele disse: - A polícia entrou na casa e pegou seu filho, levou pro quintal e encheu ele de bala” (Adriana, 48 anos).

Identifica-se a partir das narrativas das mulheres que, em menor ou maior grau, todas vivenciam experiências de dificuldades financeiras e de recursos insuficientes para se manterem sozinhas, necessitando dessa forma do auxílio dos parceiros, de familiares ou de benefícios sociais, como Bolsa Família. Percebe-se ainda que para algumas mulheres a experiência com o álcool e outras drogas resultou no afastamento de suas ocupações laborativas. As condições clínicas desencadeadas com o uso abusivo de substâncias e o estigma relacionado ao fato de serem usuárias de SPA, dificultam a aquisição de vínculos empregatícios, ainda que informais. A busca por auxílios de saúde é um movimento comum pelas usuárias, entretanto, há certa dificuldade no que tange ao acesso aos serviços previdenciários na região.

“Eu queria até conversar com a doutora se tem condições de me encostar, pelo menos até eu me recuperar. Porque sem dinheiro também como é que a gente vai viver? Eu tenho só o Bolsa Família que é do meu filho. Porque agora o pai dele ligou dizendo que ele tá desempregado e não tem mais condições de me mandar os R\$ 230,00 que ele me mandava por mês” (Coala, 49 anos).

Algumas relatam ainda em suas histórias de vida a vivência de situação de rua nos períodos mais intensos de uso e/ou conflitos familiares. Nesses casos, alimentavam-se do que encontravam em seu percurso e dormiam em avenidas, ruas e passeios públicos. A vivência de morar na rua nem sempre era solitária, tendo em alguns casos a presença de seus filhos ainda pequenos, como na experiência a seguir:

“Eu ficava na rua da LBA, tinha um guarda ali e ninguém mexia comigo. Eu fiquei quase uns dois anos. Eu e o meu filho recém-nascido, mas mesmo assim eu não dei o meu filho para ninguém. E o pai dele não me assumiu não, viu. O povo da rua que me ajudava” (Joana, 41 anos)

No âmbito familiar, percebem-se situações de conflitos vivenciadas pelas mulheres. Os relatos de desentendimentos entre familiares foram recorrentes, alguns resultando em agressões verbais e físicas. Percebeu-se, ainda, a intensa pressão, controle familiar e supressão da autonomia vivenciada pelas mulheres devido ao abuso de álcool e outras drogas, bem como a constante culpabilização da mulher pela situação de dependência, além da desconfiança de familiares e do receio destes quanto aos episódios de recaídas. Embora o ambiente familiar seja, por vezes, desafiador, como narram às participantes, existem alguns momentos de leveza nas relações nesse contexto, principalmente quando as famílias se reúnem.

Outra característica comum no que tange as mulheres participantes do presente estudo é a composição familiar não convencional e os vínculos fragilizados. Observa-se que as mulheres vieram de composições familiares não tradicionais e tenderam a repetir esse padrão.

Majoritariamente mães solteiras, muitas sem a guarda de seus filhos ou em constante luta para não perderem a guarda dos mesmos, com histórico de relacionamento com mais de um parceiro e frequentes desilusões amorosas.

O uso de álcool e outras drogas entre familiares mostrou-se como uma das situações que as mulheres tinham em comum, acarretando para estas uma importante carga emocional, em função do sentimento de preocupação e de responsabilização pelo cuidado. Nesta perspectiva, percebe-se que a mulher que faz uso de substâncias psicoativas continua a desenvolver papéis importantes, como o cuidado com seus pais, filhos, netos, irmãos, organização e manutenção da casa. Se, por um lado, essa circunstância remete para certa autonomia da mulher pela continuidade do desempenho de responsabilidades que lhes são socialmente atribuídas, por outro lado, revela uma condição de vulnerabilidade. O papel exercido por essas mulheres no cuidado a outras pessoas da família, inclusive daqueles que também fazem uso de substâncias psicoativas, pode, por vezes, aumentar fatores de risco e vulnerabilidade ao consumo de SPA.

“Esse neto meu de 16 anos costuma botar essa coisa na boca (maconha). O povo me contava e eu não queria acreditar, até que um dia eu vi com os meus próprios olhos eu tive certeza. E eu tô lutando. Tô lutando com ele pra poder tirar ele desse vício” (Deise, 61 anos).

A vida das mulheres fora do CAPSad se restringe a uma vida doméstica, marcada por obrigações domésticas e de cuidado. Poucas são as atividades de esporte, lazer e cultura que as mesmas tinham acesso. A igreja aparece como um dos dispositivos frequentemente acionado pelas mulheres quando não estão no CAPSad e assume um papel importante no tratamento das mesmas. Nestes lugares, elas afirmam encontrar apoio, compreensão e atenção, componentes tidos pelas mesmas como imprescindíveis para o processo de recuperação.

No que tange aos comportamentos assumidos pelas mulheres em momentos de dificuldade, ansiedade, medo e aflição, o isolamento é a opção mais escolhida pelas mulheres, que afirmam melhorar ao ficar um tempo consigo mesmas. O uso indiscriminado de medicamentos também é uma opção bastante utilizada pelas mesmas em nestas situações. Como no caso de dona Maria, que ao ser questionada sobre o que costumava fazer nos momentos de instabilidade, respondeu: - *“Eu me encho de remédios”*. Vale salientar que o uso de remédios controlados é um elemento comum entre as mulheres como forma de aplacar o sofrimento. O que chama atenção para a comum substituição de drogas no tratamento para o consumo abusivo de SPA e o lugar que o medicamento ocupa na vida e no tratamento dessas mulheres.

Preconceito e estigma: a invisibilidade do visível e a visibilidade do invisível

O preconceito e o estigma são fatores que aparecem nas histórias de vida das mulheres estudadas atrelado tanto ao uso abusivo de substâncias psicoativas, como o tratamento. Nota-se a existência de uma baixa tolerância social em relação ao hábito de beber entre mulheres, o que resulta em um desapoio social as que consomem de modo abusivo o álcool, sendo que esse fator tende a se agravar ainda mais em relação às mulheres usuárias de drogas ilícitas, acentuando os fatores de risco e as situações de vulnerabilidade em que se encontram, visto que a ilegalidade do uso destas substâncias as expõe a inúmeros riscos relacionados à obtenção da droga, tais como: violência policial, violência do tráfico e violência sexual (NOBREGA, 2005; SILVA e SOUZA, 2007).

No presente estudo, as mulheres afirmaram não sofrer situações de estigma e preconceito necessariamente por serem usuárias de substâncias psicoativas e consumirem de modo abusivo, mas por estarem em tratamento no CAPSad. Há uma espécie de estigmatização social dos CAPS's que se estende ao CAPSad e as pessoas que fazem uso desse serviço, uma espécie de senso comum que tem implicações diretas no acesso ao serviço e sua manutenção, como no relato a seguir:

“Já escutei muito, porque o povo sempre me chamou de doida, até hoje o povo me chama ainda. Porque diz que quem frequenta o CAPS é tido como doido” (Joana, 41 anos)

Por vezes, esse consumo abusivo é negligenciado e invisibilizado por parte das mulheres, familiares, amigos e dispositivos de cuidado. Nos serviços de saúde, por exemplo, as mulheres tendem a não chegar necessariamente com o uso abusivo de substâncias psicoativas como a queixa principal, elas chegam ao serviço com demandas relacionadas a agravos decorrentes ao uso de substâncias como: dores, palpitações, agitação, falta de ar, lesões físicas, náuseas, dentre outros. Por vezes, é algo até percebido (visível), mas não se é dado à atenção necessária (invisibilização). Essa invisibilidade por parte da equipe e dos profissionais de saúde vai de contramão aos valores sociais, visto que para a maior parte da sociedade, a mulher que faz uso de substâncias psicoativas é alvo de uma visibilidade negativa, estando susceptível a posturas de preconceito e estigma.

5. SOBRE A “VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA”: “QUANDO O SERVIÇO ESTÁ DESESTRUTURADO, NÓS TAMBÉM NOS DESESTRUTURAMOS”

O componente programático engloba o grau de compromisso, esforços, recursos e gerência de programas nas diferentes esferas para a criação de condições favoráveis aos recursos sociais, para assim fortalecer os indivíduos diante dos agravos à saúde. Fragilidades, deficiência e/ou incoerências neste componente contribuem para um efeito reverso, que ao invés de contribuir para a redução de riscos e agravos, aumenta as situações de vulnerabilidade.

No presente estudo, os dados coletados apontam para a existência de importantes lacunas no que diz respeito ao CAPSad enquanto representante do componente programático. A primeira concerne na pouca sensibilidade dos projetos terapêuticos no CAPSad às especificidades das demandas e das vulnerabilidades individuais e sociais das mulheres assistidas. Os profissionais no início da pesquisa demonstraram não ter clareza sobre as especificidades do consumo abusivo de substâncias psicoativas por mulheres e suas necessidades especiais de cuidado. Esse pensamento se reflete nas ações de cuidado oferecidas pelo serviço, marcado pela ausência de espaços específicos para a escuta das mulheres para além do grupo “Conversa entre mulheres”.

Os achados da presente pesquisa corroboram com o estudo qualitativo desenvolvido por Oliveira et al. (2006) em uma unidade de saúde especializada na assistência a pessoas usuárias de drogas em Salvador-Bahia, cujo objetivo consistia em apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas, numa perspectiva de gênero. O mesmo demonstrou que serviços especializados para atenção psicossocial, ao desenvolver ações e serviços de atenção a usuários de drogas, tendiam a homogeneização de suas práticas, e em função desse fator, quase nunca oferecia condições para lidar com as necessidades específicas de mulheres em uso abusivo de drogas. Fenômeno esse correlacionado à invisibilidade do fenômeno por parte dos profissionais que atuam em instituições de saúde (OLIVEIRA, 2008).

No recorte de tempo estudado, o serviço passou por importantes mudanças em sua organização em função de ajustes realizados pela gestão municipal para a contenção de custos. A principal alteração foi na redução do horário de funcionamento do serviço e suspensão da alimentação fornecida aos usuários. Outros ajustes como contenção com gastos com telefonia, ausência de carro para visita domiciliar e busca ativa e manutenção de quadro profissional restrito.

A percepção de um serviço que sofreu intensas mudanças (desestruturou-se) ao longo do tempo é um elemento comum na fala das mulheres. As que fazem tratamento há mais tempo, chegam a classificar a existência de dois serviços, um antes e um depois. Como fatores que fortalecem esse pensamento, aparecem: alta rotatividade dos profissionais, mudanças no horário de funcionamento (redução de 8h de funcionamento por dia para 6h), falta de alimentação, ausência de manutenção dos equipamentos (computadores, telefone, televisão), perda do carro pertencente ao serviço, dentre outros. Os relatos a seguir mostram a percepção de duas usuárias sobre esse aspecto:

“Falta assim, aquele espaço de conversa depois dos grupos. Antes tinha, a gente falava o que não queria falar no grupo. [...] E agora eles não chamam a gente para conversar depois, e eu acho que um psicólogo tem que fazer isso. Porque se alguém que tiver algum problema que não quer abrir no grupo. Se naquele dia tava programado pra gente, porque não, né? Aí não, não tinha a menor vontade de conversar” (Isabel, 45 anos).

“Eu acho chato, porque a gente se acostuma. Eu mesma tava tão acostumada com o último. [...] Aí tinha um bocado, já passou tantos, não sei quantos por aqui” (Maria, 54 anos).

A desestruturação do serviço aparece atrelada a implicações no tratamento dos transtornos relacionados ao uso prejudicial de SPA. Trata-se de uma desestruturação assistencial que desestrutura os usuários. Os relatos por parte das mulheres apontam para a percepção de uma regressão da assistência oferecida através da redução dos grupos terapêuticos, das intensas demissões, falta de alimentação e desunião entre a equipe de profissionais, como no relato a seguir:

“Eu botava fé no que tinha antes, porque tá faltando muita coisa de novo, antes tinha muita coisa. [...] O que eu não via antes eu to vendo agora. Tô vendo muita desunião. Eu falei para todo mundo lá, se não tiver união no trabalho é igual família, não vai dá certo e a gente vai sair pior do que entrou. Se não tiver união dos funcionários dificilmente a gente vai ficar bem” (Curica, 45).

Percebe-se ainda que, por vezes, os juízos de valor e os estigmas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas por mulheres estão presentes nas intervenções profissionais. Algumas mulheres descrevem experiências que indicam certo reforço do estigma social no serviço, o que pode ocorrer por meio de olhares, comentários ou práticas profissionais propriamente ditas, as falas abaixo descrevem algumas destas situações.

“Um dia desses eu cheguei morrendo de calor, vim de lá daquele lugar quente, tu não vê a andada que eu dou? Pois, cheguei aqui fui ligar o ventilador e ela tinha botado um bocado de papel preso na parede, que eu não sei pra quê aquilo. Parecendo que a gente é um monte de bebezinho, parecendo sala de menino de cinco anos, ela enche a sala dessas coisinhas de criancinha. Ninguém aqui quer ser tratado como criança não, a gente quer ser tratado como adulto, só quer respeito. [...] Eu detesto esses negócios na parede. Aí eu liguei o ventilador, porque eu boto no último volume para me refrescar, e ela disse: - *Ah, desliga que vai voar os papeis todos*. Ela falou bem assim, nem me conhece e nem nada. Aí eu disse: - *e eu tenho nada com isso de você colar essas porcarias mal coladas*, aí eu vou ter que desligar o ventilador por causa disso? [...] Aí ela pegou, engraçado, ela abriu o portão (da cozinha) primeiro e trancou para depois falar. Acho que com medo deu ter alguma reação com ela. Aí ela falou: - *Fulana (colega de trabalho), a gente vai ter que colar esses papéis mais bem colados porque ta mal colado*. Aí eu peguei e disse: - *Olhe, você não me dê piada não. Você se respeite e procure o seu lugar igual eu tô procurando o meu aqui* (Isabel, 45 anos).

“Tem gente lá que tem faculdade que é pior que os drogados. [...] Eu vi fofoca, inimizades, um querendo ser melhor que o outro. E eu não tô falando de funcionários simples, eu tô falando dos de faculdade. O problema não é nem comida, é os funcionários, que não tão adequadamente preparados para trabalhar (Curica, 45 anos).

Essas circunstâncias apontam para a necessidade de um maior investimento na qualificação dos profissionais do serviço, visando atender às necessidades de acolhimento e escuta dos usuários do CAPS AD. Nesse sentido, reconhece-se a importância de repensar o serviço e suas práticas de modo a torná-lo um espaço de discussão e desconstrução de diferentes estigmas.

Os grupos terapêuticos mais frequentados pelas mulheres foram: o grupo “Conversa entre Mulheres”, o grupo de música “As Andorinhas” e o grupo de Alcoólicos Anônimos. Destes, o grupo de mulheres é considerado pelas participantes da pesquisa como um dos mais importantes para o seu tratamento, dada essa possibilidade de falar abertamente de suas questões, e, em alguns casos, o grupo chegava a ser o único frequentado pelas usuárias para além do atendimento ambulatorial. Dentre os fatores que interferem na participação das mulheres nos grupos mistos, o principal é a existência de situações de desconforto dada a presença de pessoas não próximas, como no relato a seguir:

“O que me incômoda aqui, é que vamos digamos que a minha filha venha me trazer aqui, se é um grupo fechado não tem porque aquela parenta estar aqui. Porque o problema do familiar dela ela já sabe, agora participando do grupo vai saber do meu problema, vai saber do problema dos outros, e ninguém vai querer que ela saiba de seus problemas. Um dia desses participou uma mulher do grupo e eu quase que não falei nada porque eu conheço ela, ela sentou no grupo e ainda ficou dando palpites ainda” (Isabel, 45 anos).

Com a desestruturação do serviço e a redução dos grupos terapêuticos, o tratamento medicamentoso, que já apresentava uma centralidade do tratamento, tende a assumir contornos ainda mais dominantes. Os dias em que a psiquiatra se encontrava no serviço eram os dias onde

havia a maior concentração de mulheres. Faltava muita coisa, como o carro e o telefone para a realização de busca ativa, mantimentos para a produção das refeições, manutenção dos computadores para atividades de digitação, recursos humanos e materiais para a limpeza do serviço, profissionais de diversos tipos, a única coisa que não costumava faltar no serviço era os medicamentos. Os pacientes saíam do consultório médico e se dirigiam direto para a farmácia, onde rapidamente os remédios eram providenciados e despachados em saquinhos plásticos.

No Brasil, as práticas dos profissionais de saúde, de um modo geral, privilegiam os aspectos biológicos e, mais especificamente a doença, em detrimento dos aspectos sociais e culturais que, em muitas situações, originam as doenças. Tal fenômeno pode ser explicado através do processo de medicalização que teve início no século XVIII, sob a ideia de que o indivíduo pode alcançar o pleno bem-estar desde que cada aspecto de sua vida seja regulado cientificamente, aumentando assim o consumo de bens e serviços. A medicalização, portanto, compreende tanto a influência da medicina na vida dos seres humanos (através do estabelecimento de normas e condutas padrões para o comportamento humano), como a ampliação de atos, produtos e consumo médico (FOUCAULT, 2002).

As condições históricas e a posição atribuída à mulher durante diversos cenários revelam desigualdades de gênero sustentadas pelo patriarcado, que por muitas vezes busca explicações biologicistas para colocá-la na posição de maior fragilidade, lógica que estabelecem às mulheres uma condição de insuficiência e submissão. Tal condição de fragilidade abre margem para uma conseqüente necessidade de proteção, que por sua vez, justificaria o estabelecimento de estratégias de controle e vigilância sobre elas, diferenciando-se assim a lógica de cuidado em decorrência de sua função reprodutora (PRADO e QUEIROZ, 2012).

Neste cenário, o tratamento de mulheres usuárias de álcool e outras drogas não pode considerar apenas o enfoque de saúde/doença, tendo em vista que a questão perpassa pelas esferas da educação, justiça e desenvolvimento social. Deve considerar principalmente os aspectos inerentes as interseccionalidades de gênero, raça e classe social, presentes em cada caso, o que convoca um envolvimento coletivo para a obtenção de êxito na resolução do problema. Ou seja, se faz necessário deixar a prática norteada pelo modelo biomédico de cuidado e adotar uma prática voltada à concepção holística de cuidar, que compreenda o indivíduo em sua plenitude e diferenças, enquanto mente, corpo e espírito (SOUZA et al., 2008).

Por fim, observou-se com o estudo importantes fragilidades na rede de atenção psicossocial no município, casos de encaminhamento de mulheres para o CAPSad com demandas de responsabilidade da atenção primária são recorrentes e apontam para um despreparo dos profissionais de saúde atuantes da rede no que diz respeito a atenção integral a saúde das mulheres. Acredita-se que a construção de uma rede de atenção intersetorial aos problemas decorrentes ao consumo de álcool e outras drogas fortaleceria a assistência às mulheres, uma vez que suas demandas e vulnerabilidades ultrapassam as possibilidades de intervenção do CAPS AD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo elucidam o modo como se constitui o consumo de álcool e outras drogas por mulheres no âmbito social entrelaçado a diversos fatores e relações estabelecidas. A presença de situações diversas de vulnerabilidade prévias ao início do consumo abusivo e persistente ao longo das trajetórias de vidas das mulheres torna o fenômeno ainda mais complexo. As vulnerabilidades são múltiplas, de ordem individual, social e programática, sentidas, percebidas e significadas de modo diferente por cada mulher, mas com comum padrão desorganizador que tende a complexificar a experiência com uso abusivo de substâncias psicoativas.

O presente estudo mostra que a divisão proposta por Ayres et al. (1999), de conformação de três planos no modelo de vulnerabilidade: comportamento pessoal (vulnerabilidade individual), contexto social (vulnerabilidade social) e programa de combate e estratégias de enfrentamento (vulnerabilidade programática), perdem os seus contornos na prática. Há intersecções e sobreposições provenientes das categorias gênero, raça e classe social que complexificam as experiências e histórias de vida das mulheres. Assim, os aspectos inerentes ao componente da vulnerabilidade individual interagem com os elementos da vulnerabilidade social, que, por sua vez, estão associados aos programáticos.

Os dados revelam que as interseccionalidades de gênero, raça e classe social se expressam na experiência de pobreza e desigualdade econômica, traduzidos na falta de acesso a bens e serviços elementares. Para além, observa-se nas experiências das participantes do estudo a vivência de diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia e à faixa etária, fatores estes que dificultam o acesso à informação e aos meios para a prevenção do consumo abusivo de SAPs e tratamento.

Desprende-se assim a necessidade de avanços nas políticas sobre drogas no que tange ao reconhecimento das especificidades e interseccionalidades vivenciadas pelas mulheres que consomem abusivamente de SPA, sendo necessários esforços políticos para o enfrentamento ao estigma e de promoção da equidade de gênero e dos direitos humanos; maior investimento na formação e educação continuada de profissionais de saúde para a oferta de serviços e ações de acolhimento voltadas à promoção da educação e do bem-estar e de cuidado no campo da saúde sensíveis às diferenças de gênero nas suas dimensões biopsicossociais.

O trabalho ora apresentado é esforço inicial de mapeamento da vulnerabilidade e sua relação com o consumo abusivo de substâncias psicoativas por mulheres. Reflete a etapa atual da pesquisa, dado a complexidade e amplitude do tema ainda pouco estudado, as enunciações aqui desenvolvidas apontam para lacunas que merecem ser retomadas e aprofundadas, ao passo que convidam para o desenvolvimento de novos estudos.

Entre eles, estudos que se utilizem da análise dos contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade, para entender quais os contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades, avançando assim no que diz respeito aos desafios da prevenção dos transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Por fim, entende-se que esforços sociais e programáticos para a promoção da saúde das mulheres como um todo, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, com impacto nos determinantes sociais de saúde, e defendam a equidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem viver das mulheres. Para tanto, faz-se imprescindível a luta contra as desigualdades de gêneros e superação das discriminações e desigualdade social e étnico-racial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; PASA, Graciela Gema; SCHEFFER, Morgana. Álcool e violência em homens e mulheres. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 22, n. 2, 2009.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.N; ALVES, P. C. B.; SOUZA I. M. A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)**. 365f. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009a.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009b.
- ALVES, V. S; LIMA, I.M.S.O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**. 2013. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>.> Acesso em 24 Mar. 2015.
- ALZUGUIR, F. C. V. **A desculpabilização pela doença: o alcoolismo no discurso de mulheres alcoólicas**. 2005. Dissertação [Mestrado] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington DC, 1994.
- ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINÁR WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. **Anais**. São Paulo, 1998.
- ASSIS, D.F.F.; CASTRO, N.T. Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358-370, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes**. São Paulo: Fac. de Medicina da USP, 1996.
- AYRES, J. R C M; CALAZANS, G. J.; SALETTI, H. C.; FRANÇA-JUNIOR I. Risco, Vulnerabilidade e Prática de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos GWS, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; p. 375-418.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999. p.49-72.

BADINTER, E. O amor ausente. In: **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995, p.19-144.

BARATTA, A. Introdução a uma sociologia da droga. In: MESQUITA, F., BASTOS, F.I., orgs. **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo, HUCITEC, 1994. Cap. 1, p. 21-44.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl. 1, p.109-117, 2008.

BECKER, Howards. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Tradução: Marcos Estevão e Renato Aguiar. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993.

BORDIN, Selma et al. Dependência Química na mulher. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma/ LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. In: **Cadernos Pagu**. v. 26, 2006, pp. 329-376.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [Da] República Federativa Do Brasil**. Brasília, Seção 1, p. 59-62, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 10**. Informativo eletrônico, março de 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mental_dados10.pdf>. Acesso em: 10 de Jun de 2015.

BRASIL. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

BRASILIANO, S. Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres adictas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p.199-205. 2003.

BRASILIANO, Silvia; HOCHGRAF, Patricia B. Drogadicção Feminina: A Experiência de um Percurso. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Aheneu, 2006.

BUCHER, R. org. **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo. Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/ EPU. 1988. 105 p.

BURGIERMAN, Denis. **Maconha**. São Paulo, Editora Abril, 2002, 121 pp.

BUTLER, Judith. **Défaire le Genre**. Paris, Éditions Amsterdam, 2006.

BUTLER, Judith. **Mecanismos psíquicos del poder**. Teorías sobre lasujeción. Madrid: Ediciones Cátedra-Universitat de València-Instituto de la Mujer, 2001.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?Vbusca=CAPSad&VTipo=0> Acesso em: 8 mar. 2015.

CAMPOS, Edemilson Antunes de, REIS Jéssica Gallante. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. **Interface** (Botucatu) [serial on the Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Oct 29]; 14 (34): 539-550.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

CARVALHO, D. B. B. (Coord.) **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CRENSHAW, Kimberlé. "Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero". **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, 2002. p. 171-188.

CESAR, Beatriz AcetiLenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. bras. psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2006 [cited 2014 Oct 29]; 55(3): 208-211.

CUSHE, Denys. Cultura e identidade. In:_____. **A Noção de Cultura nas Ciências Sociais.** Bauru: EDUCS, 1999.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes. Etnografias comparadas. **Revista Académica de Relaciones Internacionales.** Núm. 8, 2008, GERI-UAM.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; CAUFIELD, Catherine. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2014 Oct 29]; 13 (spe2): 1148-1154.

DELGADO, P.G.G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PÔRTO, K.; HOFFMANN, M.C.C.L., MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. e col. (organizadores). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

DUBET, F. As Desigualdades Multiplicadas. **Revista Brasileira de Educação.** Maio/Jun/Jul/Ago. N. 17, 2001.

ELBREDER, Márcia Fonsi; LARANJEIRA, Ronaldo; SIQUEIRA, Marluce Miguel de; BARBOSA, Dulce Aparecida. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J. bras. psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 29]; 57(1): 9-15.

ESCOHOTADO, António. **História Elementar das Drogas.** Antígona Editores Refractários, Lisboa, 1ªed. 2004.

ESPINHEIRA, Gey. Os Tempos e os Espaços das Drogas. In: TAVARES, Luís Alberto; ALMEIDA, Alba Rivas; NERY FILHO, Antônio (Org.). **Drogas, Tempos, Lugares e Olhares Sobre o seu Consumo.** Salvador: EDUFBA/CETAD/UFBA, 2004. p.1-26.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir.** 11ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 13, número especial, p. 888-895, 2005.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático**. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 64-89.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S103-S112, 2002.

GIL, Gilberto; FERREIRA, Juca. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In: LABATE, Beatriz C. et al. (Orgs). **Drogas e cultura: novas perspectivas** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 9-13.

GOBBI, Márcia Aparecida. Tecendo por Trás dos Panos. **Pro-posições**. Vol. 6. nº 2, Junho, p. 86-88, 1995. Resenha.

GOMES, Bruno Ramos; CAPPONI, Marília. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (org). **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 9-13.

GUIMARAES, Ana Beatriz Pedriali et al. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades, Informações estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/to>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013. 160 p.

KESSLER, RONALD C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National comorbidity Survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 51, n.1, p. 8-19, 1994.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira et al. **O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios**. J. bras. pneumol. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 118-128, Fev. 2011.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.14, n.3, p.801-821, 2007.

MACRAE, E. Abuso de Drogas: Problema Pessoal ou Social? In; ANDRADE, T. & LEMOS, S. (Org.). **Textos Orientados para Assistência à Saúde entre Usuários de Drogas**. Salvador-BA: Editora da UFBA, 1998. p.1-4.

MACRAE, E. O Controle Social do Uso de Substâncias Psicoativas. In; PASSETI, E. & SILVA, R. (Orgs.). **Conversações Abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo SP: IBCCrim/PEPG-PUC, 1997. p.107-116.

MANN J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p 76-182, 2008.

MARQUES, Ana Lucia Marinho. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial**. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-07052010-143843/pt-br.php>> Acesso em: 18 fev. 2013.

MENDES, M. C.; CUNHA, J. R. F.; NOGUEIRA, A. A. A mulher e o uso de álcool. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 33, n.11, p. 323-327, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.

MORGADO, R. Família(s): Permanências e mudanças. Os lugares sociais de mulheres e homens. In: **A questão Social no novo milênio**. CONGRESSO LUSO-AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS COIMBRA, 8, Coimbra. Anais. Coimbra:2004. p. 1-13. [online]. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/RosanaMorgado.pdf>> Acesso em: 25 de Fev. 2013.

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, Apr. 2007.

NOBREGA, M. P. S. S; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; SIMICH, Laura; STRIKE, Carol; BRANDS, Bruna; GIESBRECHT, Norman; KHENTI, Akwatu. Policonsumo simultâneo de drogas entre estudantes de graduação da área de ciências da saúde de uma universidade: implicações de gênero, sociais e legais, Santo André - Brasil. **Textocontexto - enferm.** [serial on the Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 29]; 21(spe): 25-33.

NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 188-196, Jan., 2008.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia**. Ginebra: OMS, 1998. (Série de informes técnicos, 30).

OMS -ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 - **Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

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

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde pública num contexto assistencial**: uma abordagem de gênero 2008, 187p. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 625-631, 2007.

PEDROSA, C. H. **Cuidar? Sim; Olhar de Gênero? Não**: Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. [Dissertação de Mestrado], Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEIXOTO, Vitor; RENNO, Lucio. Mobilidade social ascendente e voto: as eleições presidenciais de 2010 no Brasil. **Opin. Publica**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 304-332, 2011.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; QUEIROZ, Isabela Saraiva de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 17, n. 2, 2012.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidade, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, vol.11, nº2, Jul/Dez, 2008, pp.263-274.

ROIZ, Diogo da Silva. A discreta e sedutora "História das mulheres". **Cad. Pagu**, Campinas, n. 30, Jun. p. 445-452, 2008.

SÉ, Carla Coutinho Sento; AMORIM, Wellington Mendonça. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da Mulher. **Revista eletrônica Saúde Mental e Drogas**. v. 5, nº 1, p. 1-18, 2009. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 10 de Mar. 2013.

SILVA, P. C. **Alcoolismo feminino**: um estudo sob a perspectiva de gênero. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, P. C. O.; SOUZA, C. M. Uso de drogas entre adolescentes e jovens mulheres: uma revisão da literatura. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO: DIÁLOGOS EM PSICOLOGIA SOCIAL, 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/sessoes/1700_sessoes_resumo.htm> Acesso em: 25 jan. 2015.

SILVA, Valéria Nanci; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; MESQUITA, Fábio. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. **Rev. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Oct 29]; 41(Suppl 2): 22-30.

SIMAO, M.O. et. al. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 121-129, 2002.

SOARES, V. Movimento Feminista: Paradigmas e desafios. **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, n. especial, v. 2, p.11-24, 1994.

SOUZA, Jurema Gouvêa de; LIMA, José Mauro Braz de; SANTOS, Rosângela da Silva. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. Esc. **Anna Nery**. v. 12, n. 4, p. 622-629, 2008.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2012**: resumo executivo. Disponível em: <<http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>> Acesso em: 08 ago. 2012.

WILSNACK, R. W.; VOLGELTANZ, N. D.; WILSNACK, S. C.; HARRIS, R. T. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction**. v. 95 (2), 251-65, 2000.

WOLLE, Cynthia de Carvalho; ZILBERMAN, Monica L.. Mulheres. IN: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs). **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artemed, 2011.

ZILBERMAN, M. Uso de Drogas entre Mulheres, In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p.175-185, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) MULHERES DO PROJETO MAIOR



Centro de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Mulheres assistidas pelo serviço de saúde)

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “*Experiência do consumo de álcool e outras drogas entre mulheres*” que tem por objetivo analisar a experiência de mulheres com o consumo de álcool e outras drogas e os fatores de vulnerabilidades relacionados. Esta pesquisa teve seu projeto revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB). Caso queira obter maiores informações sobre os aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP-UFRB, através do número (75) 3621-6850 ou E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br.

I. Justificativa da Pesquisa

A realização desta pesquisa justifica-se pelo aumento do consumo de álcool e outras drogas entre mulheres no Brasil. Espera-se que os resultados produzidos por essa pesquisa contribuam para uma maior compreensão desse fenômeno em Santo Antônio de Jesus, bem como com a melhoria do atendimento de mulheres que têm algum tipo de experiência com o consumo de álcool e outras drogas nos serviços públicos de saúde.

II. Procedimentos da Pesquisa

A pesquisa produzirá informações sobre a experiência de mulheres envolvidas direta ou indiretamente com o consumo de álcool e outras drogas. Para tanto, elaboramos algumas perguntas que gostaríamos que fossem respondidas pela senhora. Não há resposta certa ou errada, o importante é que a senhora se sinta à vontade para expressar o seu ponto de vista. Para o registro das suas respostas, solicito a sua permissão para gravação em áudio desta nossa conversa. Esclarecemos que apenas eu e demais pesquisadoras responsáveis por essa pesquisa terão acesso a este material, ao qual a senhora tem direito a uma cópia. Esse material ficará em posse das pesquisadoras, guardado com completo sigilo, por um prazo de 05 (cinco) anos. Após esse período, o material produzido e não analisado será destruído. Todas as informações obtidas pela pesquisa serão analisadas sem identificação dos nomes das entrevistadas. Os resultados da pesquisa serão divulgados à sociedade sob o formato de relatórios técnicos e trabalhos científicos e estarão sendo apresentados e discutidos junto aos serviços participantes.

III. Participação na Pesquisa

A participação na pesquisa é voluntária e não remunerada. Ao convidá-la, acreditamos que a sua contribuição para a pesquisa é muito importante, mas esclarecemos que a senhora é livre para aceitar ou recusar participar da mesma. Embora esta pesquisa esteja sendo realizada nesse serviço de saúde que a senhora frequenta, informamos que não há qualquer exigência dos profissionais que realizam o seu atendimento quanto à sua participação na pesquisa. Caso a senhora não se sinta à vontade ou não deseje responder nossas perguntas, iremos aceitar sua decisão. Ao participar da pesquisa, garantimos que os profissionais que lhe atendem e mesmo pessoas de sua família não terão acesso ao conteúdo de nossa conversa. Para o anonimato das informantes, nenhum dos nomes das entrevistadas aparecerá nos trabalhos feitos pelas pesquisadoras para divulgação dos resultados da pesquisa.

IV. Benefícios e Riscos

A sua participação na pesquisa não prevê benefícios diretos ou pessoais. Acreditamos, entretanto, que ao contribuir para uma compreensão mais aprofundada sobre a experiência de mulheres com o consumo de álcool e outras drogas, a sua participação se faz significativa para o acesso de outras pessoas que vivenciam histórias semelhantes a sua e de sua família ao tratamento em serviços públicos de saúde. Em relação aos riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa, informamos que algumas perguntas que temos para lhe fazer podem lhe causar algum tipo de desconforto. Ainda que seja importante para a pesquisa compreender como a senhora e sua família enfrentaram momentos difíceis em suas vidas, saiba que a senhora tem liberdade de interromper a entrevista quando sentir necessidade ou mesmo deixar de falar sobre assunto que lhe cause desconforto.

V. Contato com Pesquisadores

A pesquisa tem como pesquisadora responsável a professora Vânia Sampaio Alves, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Em caso de dúvida ou necessidade de outras informações sobre o desenvolvimento desta pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora e sua equipe através do e-mail: vaniasalves@ufrb.edu.br, telefone (75) 3632-4629/ (71) 9960-0986 ou correspondência para o Campus Universitário de Santo Antônio de Jesus S/N Bairro do Cajueiro CEP 44.570-000 Santo Antônio de Jesus-BA.

VI. Consentimento Livre e Esclarecido

O consentimento em participar dessa pesquisa não é definitivo. Caso a senhora venha desistir de permanecer como participante da pesquisa, as informações prestadas serão desconsideradas e esta decisão não produzirá qualquer prejuízo para sua relação com as pesquisadoras e o serviço de saúde.

Diante desses esclarecimentos, gostaríamos de saber se a senhora aceita o nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa. Se sua resposta for afirmativa, agradecemos pela sua disponibilidade e solicitamos o preenchimento desse Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido que, após assinado em duas vias, ficará uma cópia comigo e outra será entregue à senhora.

Santo Antônio de Jesus, _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa:

Assinatura



Impressão digital

Pesquisadora Entrevistadora

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____
 Raça/etnia: _____ Estado conjugal: _____
 Nível de escolaridade: _____ Profissão/ocupação: _____
 N° de filhos: _____ Idade dos filhos: _____
 Com quem reside: _____ De quem é a moradia: _____
 Possui alguma renda? _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale um pouco sobre você e sua história de vida
2. Porque que está aqui (no centro)?
3. Como você começou a usar (expressão nativa)?

Padrão de Consumo

- *Tipo de substância - (Qual substância iniciou? Quais substâncias experimentou? De qual fez uso problemático? Qual(is) faz uso ainda?*
- *Quantidade/frequência – (Quantas vezes você consumia e qual a quantidade? E hoje? (Caso continue consumindo)*
- *Modo/contexto – (Com quem consumia? Onde consumia?)*

Situação de vida

- *Onde morava?*
 - *Com quem morava?*
 - *Como era a relação com sua família e/ou parceiro?*
 - *Tinha filhos?*
 - *Havia passado por alguma decepção?*
4. Em sua opinião, que fatos ou acontecimentos contribuíram para que você iniciasse o consumo de substâncias?
 - *Família? Parceiro? Amigos? Precariedade econômica? Escolaridade? Decepções? etc.*

5. Em sua opinião, que fatos ou acontecimentos contribuíram para que você iniciasse o consumo PROBLEMÁTICO de álcool e/ou outra(s) droga(s)?
 - *Família? Parceiro? Amigos? Precariedade econômica? Escolaridade? Decepções?*
6. Como foi que você percebeu que o consumo de álcool e/ou outra(s) droga(s) estava lhe prejudicando e era necessário buscar ajuda?
 - *Quando isto aconteceu?*
 - *Quais situações foram importantes?*
 - *Percebeu sozinho ou foi necessária a intervenção de outra pessoa?*
 - *Qual era a opinião de seus amigos e familiares a respeito?*
7. Quando decidiu buscar ajuda ou tratamento para o consumo abusivo de álcool e/ou outras drogas, onde procurou inicialmente?
 - *Procurou de livre vontade ou influência de uma pessoa externa?*
 - *Como foi esta experiência?*
8. Como chegou ao CAPSad?
 - *Procurou de livre vontade ou influência de uma pessoa externa?*
 - *Acesso à informação – Sabia onde era ofertada a assistência?*
 - *Acesso ao serviço – Encontrou dificuldades ao buscar o serviço?*
 - *Profissionais – Como foi recebida pelos profissionais?*
 - *Como foi esta experiência?*
9. Quais as dificuldades ou obstáculos que você enfrentou quando decidiu procurar ajuda ou tratamento?
10. Como se deu a relação consumo/tratamento/recaída?
11. Você já sofreu algum tipo de preconceito ou de maus-tratos por ser usuário de álcool e/ou outra(s) droga(s)? Pode descrever alguma situação vivenciada?
12. Atualmente, como você se percebe?
 - *Como vem sendo o tratamento no CAPSad?*
 - *Percebe mudanças na sua relação com as substâncias?*

O que acredita que pode dificultar e o que pode te ajudar no seu tratamento?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. DINÂMICA DAS MULHERES NA ROTINA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSSICOSOCIAL ÁLCCOL E DROGAS (CAPSad)

1.1 Condições físicas e materiais do CAPSad (ambiente; localização; sala de espera; equipamentos, organização do serviço);

1.2 Características das mulheres

- *Com que aparência as mulheres chegam ao serviço (vestes, higiene pessoal)?*
- *Chegam com sinais de uso de substâncias?*

1.3 Práticas relacionadas ao cotidiano das mulheres no serviço

- *Quais os dias/horários de funcionamento?*
- *Como se caracteriza o momento da chegada das mulheres ao serviço? Alguém as acompanha? Quem?*
- *Como são recebidas?*
- *O serviço funciona de portas abertas?*
- *Há encaminhamentos?*
- *Quais atividades são desenvolvidas no cotidiano do serviço?*
- *Quais atendimentos são ofertados?*
- *Qual o tempo de espera para atendimento com os profissionais?*
- *Quais profissionais atendem?*
- *Quanto tempo as mulheres permanecem no serviço?*

2. A CENA, O LUGAR DAS MULHERES NO CAPSad

2.1 Interações

- Postura dos profissionais
 - *Quais profissionais interagem diretamente com as mulheres?*
 - *Como se dirigem as mulheres?*
 - *Qual a linguagem utilizada?*
 - *Como são chamadas as mulheres pelos profissionais?*
 - *Quais os termos utilizados para se referir as mulheres entre os profissionais?*
 - *Que comentários ou gestos fazem os profissionais perante as mulheres (ou como se elas não estivessem ouvindo)?*
 - *Existem diferenças nas interações estabelecidas entre profissionais do sexo feminino e masculino?*
 - *Registro*

- Postura das Mulheres
 - *Com quem interagem?*
 - *Como se dirigem aos profissionais?*
 - *Como se dirigem aos outros usuários do serviço?*
 - *Há diferenças na interação estabelecida com usuários homens?*
 - *Qual linguagem utiliza nas interações? Há diferenças no tratamento com os profissionais e demais usuários?*
 - *Como se comportam?*
 - *Quais momentos falam/não falam?*

- Postura dos demais usuários do serviço
 - *Como os demais usuários interagem com as mulheres?*
 - *Qual linguagem é utilizada?*
 - *Como as usuárias se chamam entre elas?*
 - *Como os usuários homens se referem as mulheres?*
 - *Há comentários/piadinhas por parte dos homens? Quais? E de outras mulheres?*
 - *Quais os assuntos das conversas informais? (família, trabalho, consumo, corpo, beleza?)*

APÊNDICE 4 – PLANO DE ANÁLISE

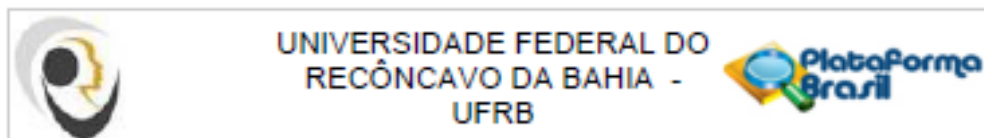
PLANO DE ANÁLISE

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
História de vida	Narrativas sobre principais episódios da vida e relação percebida com a experiência com as drogas; projetos/sonhos alcançados ou frustrados; dificuldades percebidas na vida; conquistas alcançadas; Enfrentamento de adversidades na vida; Problemas de saúde; Transtornos mentais (depressão, ansiedade); tentativas de suicídio; baixa autoestima); eventos traumáticos (abandono, maus trato, decepção amorosa, perda de guarda de filhos, etc.)
Consumo de substâncias psicoativas	Acesso à informação sobre as substâncias psicoativas, formas de uso e consequências; Consumo de substâncias: qual(is) substâncias já consumidas, início da experiência, consumo de outras substâncias, situação/contexto do início do consumo, idade, influência de outras pessoas; fatores que atualmente podem levar ao consumo; frequência, modo e contexto do consumo atual; fatores que atualmente ajudam a evitar ou reduzir o consumo
Itinerário Terapêutico	Acesso à informação sobre onde encontrar tratamento para os transtornos decorrentes do consumo de substância; decisão de buscar por ajuda/tratamento; Apoio recebido; dificuldades/obstáculos vivenciados ao procurar tratamento; resultados esperados com o tratamento; Motivação pela busca e continuidade do tratamento; Percepção acerca do tratamento (avanços e mudanças percebidas).
Comportamento de abstinência e/ou redução de danos	Relação atual com a(s) substância(s) de consumo, expectativas em torno na abstinência; compreensão da abordagem de redução de danos; Estratégias adotadas para a obtenção e consumo de substâncias
Autonomia	Inserção no mundo do trabalho; situação de desemprego; qualificação profissional; percepção acerca da capacidade pessoal de fazer escolhas; repertório pessoal de lazer, cultura e entretenimento; hábitos de vida (atividade física, religiosas...); escolaridade, formação profissional/ocupação; recursos financeiros pessoais; projetos pessoais para o futuro e estratégias adotadas para concretizá-los
Contexto comunitário	Caracterização do contexto comunitário: condição socioeconômica do bairro; situação de pobreza; tipo de moradia, qualidade da residência; relação com a vizinhança; situação de morador de rua; existência de pontos de venda e/ou consumo de substâncias.
Contexto familiar	Constituição da família; estado conjugal; número de filhos e idade; com quem reside; renda familiar; natureza da relação com familiares; situações de apoio e vínculo; situações de conflito, abandono e perdas; ausência de figuras parentais significativas

	(mãe, pai...); violência física e/ou psicológica no contexto familiar; sentimentos relacionados à família; dependência/autonomia em relação à família (econômica e afetiva); consumo de substâncias psicoativas entre familiares e parceiros afetivos; práticas de cuidado na família
Relação de gênero, raça/etnia	Raça/etnia; papéis desempenhados nos contextos comunitário e familiar; influência da experiência (direta ou indireta) com o consumo de substâncias nos papéis/atribuições desempenhados; Assédio sexual (fora e dentro do CAPS)
Situações de violência	Percepção/Vivências de violências no contexto comunitário e familiar; relação entre estas violências e a experiência (direta e/ou indireta) com as substâncias psicoativas; envolvimento com práticas delituosas; prostituição
Preconceito e estigma	Situação/contexto de preconceito e estigmatização (fora e dentro do serviço); relação com gênero; relação com a experiência do consumo de substâncias; relação com o contexto comunitário; relação com a constituição familiar; Dificuldade de (re)inserção social
Rede de apoio	Relações de vínculo, afeto e solidariedade com pessoas da rede social (vizinhança, familiar, serviços frequentados); fragilidade das redes sociais de apoio.
Infraestrutura do serviço	Adequação do espaço físico para as atividades desenvolvidas; privacidade

ANEXOS

ANEXO 01: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência do consumo de álcool e outras drogas entre mulheres: análise de fatores de vulnerabilidade

Pesquisador: VÂNIA SAMPAIO ALVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23787013.1.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 684.889

Data da Relatoria: 05/06/2014

Apresentação do Projeto:

Embora os homens apresentem maior prevalência de consumo de drogas e de problemas decorrentes do padrão de uso abusivo, o consumo entre as mulheres caracteriza-se cada vez mais frequente e de início precoce, notoriamente das drogas ilícitas. A despeito da constatação de um problema de saúde público relevante e das particularidades da experiência do consumo de álcool e entre drogas entre mulheres, ainda pouco se conhece

sobre o fenômeno. Como consequência desta realidade, os serviços de assistência aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvem ações de acolhimento e de cuidado estruturadas a partir de evidências científicas pouco sensíveis às diferenças de gênero nas suas dimensões biopsicossociais. O presente projeto tem por objetivo geral analisar a experiência de mulheres com o álcool e outras drogas e as situações de vulnerabilidade relacionadas. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, a ser realizada com mulheres de diferentes grupos, inseridas em serviços da rede de saúde no município de Santo Antônio de Jesus. Os dados serão coletados mediante multimétodos: observação sistemática, observação participante, entrevistas semiestruturadas, técnicas projetivas. Espera-se que a produção de conhecimento sobre a experiência de mulheres com o álcool e outras drogas e das situações de vulnerabilidade relacionadas possa contribuir para

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

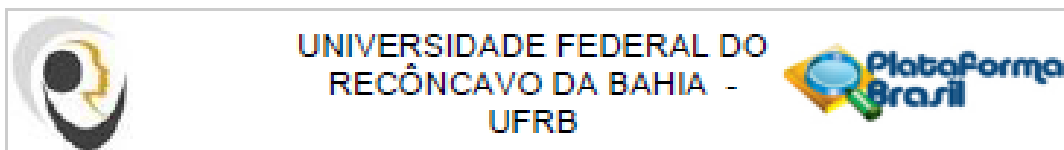
UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3821-8850

Fax: (75)3821-9787

E-mail: eticampesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 004.000

a qualificação do acolhimento e da assistência prestada a este grupo populacional, subsidiando ações de prevenção do consumo abusivo, redução de danos, tratamento e reinserção social de usuárias e suas famílias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O consumo de drogas é uma prática permeada por questões de ordem social, religiosa, moral, cultural, política e de saúde. A complexidade desse fenômeno exige um olhar amplo visando compreender a heterogeneidade de cada indivíduo, sua relação com a substância utilizada e o contexto no qual a droga é consumida. Neste contexto, a presente pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a experiência de mulheres com o consumo de álcool e outras drogas e os fatores de vulnerabilidade relacionados.

Objetivo Secundário:

1) Caracterizar o perfil sociodemográfico e o padrão de uso de álcool e outras drogas entre mulheres de diferentes faixas etárias e inseridas em serviços da rede pública de saúde de Santo Antônio de Jesus; 2) Identificar situações de vulnerabilidade relacionadas a experiência com o consumo de álcool e outras drogas entre mulheres; 3) Discutir desafios e perspectivas para atenção integral à saúde de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

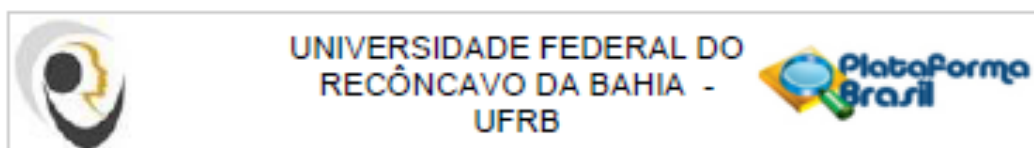
Em relação aos riscos relacionados à participação na pesquisa, reconhece-se que a abordagem de uma problemática complexa, como a experiência pessoal com as drogas, pode gerar algum tipo de desconforto aos sujeitos participantes. Esses serão esclarecidos dos riscos sendo-lhes conferido o direito de interromper a sua participação na pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento. Ressalta-se que um dos critérios de inclusão das

mulheres com envolvimento com as drogas na pesquisa é a sua vinculação a um serviço da rede pública de saúde. Deste modo, os profissionais que acompanham estas mulheres serão abordados pelas pesquisadoras com o intuito de obter deste uma avaliação quanto à condição de saúde física e psíquica da participante, buscando-se assim adiar a realização de entrevista com as mulheres que porventura se encontrem em momento de conflito e/ou sofrimento psicológico.

Benefícios:

A participação na pesquisa não prevê benefícios diretos ou pessoais para os sujeitos. Na

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710		CEP: 44.380-000
Bairro: Centro		
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS	
Telefone: (75)3821-8850	Fax: (75)3821-8767	E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 004.009

abordagem aos participantes, ressaltar-se-a a relevância da contribuição pessoal para a produção de conhecimento científico acerca de um tema ainda pouco explorado na literatura, bem como para a qualificação do cuidado às mulheres envolvidas com álcool e outras drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante, visto que trata de uma temática importante no âmbito da saúde pública das mulheres, e demonstra preocupação com a garantia da ética da pesquisa, estando em consonância com a Resolução 466/2012 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCEs: em conformidade com a Resolução 466/2012 do CNS.

Termo de anuência da Instituição coparticipante: em conformidade

Folha de rosto assinada: em conformidade

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise do projeto de pesquisa, tendo por referência a Resolução 466/2012, foi possível concluir que ele se encontra aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CRUZ DAS ALMAS, 11 de Junho de 2014

Assinado por:
Cintia Mota Cardeal
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
 Bairro: Centro CEP: 44.385-000
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
 Telefone: (75)3821-5850 Fax: (75)3821-9787 E-mail: eticapesquisa@ufb.edu.br

ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Integração Ensino-Serviço

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Santo Antônio de Jesus, 23 de Outubro de 2013.

Declaro, por meio desta, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus na realização do projeto de pesquisa intitulado ***“Experiência do consumo de álcool e outras drogas entre mulheres: análise de fatores de vulnerabilidade”***. A pesquisa será desenvolvida por Vânia Sampaio Alves, Professora Adjunta da Universidade Federal do recôncavo da Bahia-UFRB.

Ratifico necessidade do cumprimento da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do aguardo do parecer a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para dar início à coleta de dados que, por sua vez, só será possível mediante a confecção da carta de apresentação para os sujeitos/ setores, por esta Secretaria.

Por fim, afirmo que esta secretaria está ciente de suas corresponsabilidades enquanto coparticipante deste projeto de pesquisa.

Tatiana Santos de Almeida
Coordenação de Integração Ensino e Serviço

**ANEXO 3 - RELAÇÃO DE LINKS PARA ACESSO AO CURRÍCULO NA
PLATAFORMA LATTES**

RELAÇÃO DE LINKS PARA ACESSO AO CURRÍCULO LATTES

Keline Santos de Carvalho – Pesquisadora Responsável

<http://lattes.cnpq.br/0393916538210859>

Cecilia Anne McCallum – Orientadora

<http://lattes.cnpq.br/5387260517180416>

Vania Nora Bustamante Dejo – Coorientadora

<http://lattes.cnpq.br/7761894402496201>