



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

REJANE FERREIRA DOS SANTOS

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES COM
TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
ASSISTIDAS NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
SALVADOR, BAHIA**

SALVADOR

2016

REJANE FERREIRA DOS SANTOS

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES COM
TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
ASSISTIDAS NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

SALVADOR

2016

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

S237 Santos, Rejane Ferreira dos.

Políticas de atenção às mulheres com transtornos por uso de álcool e outras drogas assistidas num Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia/ Rejane Ferreira dos Santos. – Salvador, 2016.
102 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

1. Drogas 2. Álcool 3. Mulher - Transtorno - Uso de álcool
4. Políticas públicas I.Título.

CDU 613.83-055.2

TERMO DE APROVAÇÃO

REJANE FERREIRA DOS SANTOS

**“POLÍTICAS DE ATENÇÃO À MULHERES COM TRANSTORNOS POR USO
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ASSISTIDAS NUM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM SALVADOR, BAHIA”**

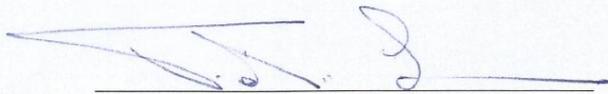
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de abril de 2016.

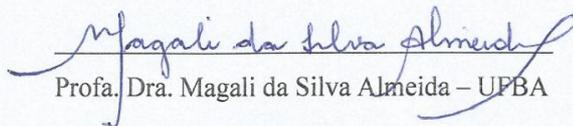
Banca Examinadora:



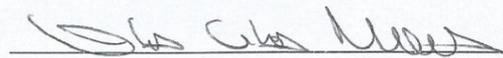
Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – Orientadora/UCSal



Prof. Dra. Maria de Fátima Pessoa Lepkison – UCSal



Prof. Dra. Magali da Silva Almeida – UFBA



Prof. Dr. Esdras Cabus Moreira – UFBA/EBMSP

Dedico às mulheres que sofrem com o uso de álcool e outras drogas, em especial, para aquelas que pensam em desistir diante de obstáculos que muitas vezes parecem intransponíveis...

Nenhum caminho é tão árduo e tortuoso que não possamos trilhá-lo!
Caminhar é preciso !

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai supremo, que não me deixou esmorecer nos momentos mais difíceis.

À família pela paciência nos momentos que me mostrei impaciente.

À minha orientadora Ana Pitta por manter-me ao longo da trajetória firme e obstinada.

À minha banca de qualificação que me norteou de forma precisa para fazer um bom trabalho.

A todos os meus amigos que vibraram em toda esta trajetória. Em especial, às minhas queridas amigas, Auricélia Caitano, Magda Vatuzi e Milena Blumetti, pessoas iluminadas, presentes do divino, que sempre promoveram, de forma única e singela, todo apoio e incentivo nesta caminhada.

Agradeço a todos os profissionais do CAPSad, lócus da pesquisa, que colaboraram para a conclusão deste estudo, especificamente, às mulheres com transtornos por uso de álcool associado a outras drogas, protagonistas deste trabalho que demonstraram tamanha solidariedade e dignidade ao compartilharem suas memórias e experiências de vida, o que me emocionou profundamente, dando-me verdadeiras lições.

A todos mencionados, o meu muito obrigada!

Eu vim da Bahia contar
Tanta coisa bonita que tem
Na Bahia, que é meu lugar
Tem meu chão, tem meu céu, tem meu mar.

— Gilberto Gil, *Eu vim da Bahia* (1973)

SANTOS, Rejane Ferreira dos. **POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES COM TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ASSISTIDAS NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR, BAHIA.** Salvador, 2016,102f Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

RESUMO

Nos últimos tempos, observamos cada vez mais a discussão teórica sobre o uso problemático de drogas, sendo oportuno enfatizar a diferença entre os gêneros,a superação do preconceito presente nas estruturas ideo-políticas erguidas historicamente, que dificultam a busca de ajuda pelas mulheres e o reconhecimento que o álcool é a droga que mais ocasiona danos no mundo.**OBJETIVO:** examinar os transtornos por uso de álcool e outras drogas na trajetória de mulheres assistidas por um CAPSad em Salvador, Bahia, percebendo os impactos ocasionados ao longo de suas vidas.**MATERIAL & MÉTODOS:** trata-se de uma pesquisa qualitativa de casos desenvolvida através da triangulação de dados, ou seja, da observação direta, da pesquisa documental (análise dos prontuários) e da realização de entrevistas, cujo formulário semiestruturado foi o instrumento elaborado pela pesquisadora. A análise dos dados coletados possibilitou a construção de oito categorias norteadoras, sendo que a interpretação dos dados requereu a revisitação às literaturas específicas para articular a discussão teórica com os achados empíricos. **RESULTADOS:** as especificidades do gênero, o espaço familiar e sociocultural, a ausência de apoio social e as vivências pregressas ao uso de drogas foram elementos determinantes para o surgimento dos transtornos por uso de álcool associado a outras drogas. **CONCLUSÃO & RECOMENDAÇÕES FINAIS:** os achados da pesquisa apontaram que a pauperização,a violência, a fragilidade dos laços familiares e as iniquidades sociais presentes na história de vida das mulheres estudadas foram condições objetivas para a exposição ao uso abusivo de substâncias psicoativas e que, em consonância a isto, é de suma importância o apoio e a articulação de variados segmentos sociais (família, CAPS, comunidade, Estado, igreja e outros atores sociais) na promoção de ações consistentes e resolutivas na prevenção e no enfrentamento deste fenômeno.

PALAVRAS-CHAVE: Drogas. Álcool. Mulher. Transtorno por uso de álcool.Políticas Públicas.

SANTOS, Rejane Ferreira dos. **ATTENTION POLICIES TOWARDS WOMEN WITH ALCOHOL AND OTHER DRUGS' USE DISORDER ASSISTED IN A CENTER OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION IN SALVADOR, BAHIA.** Salvador, 2016, 102f. Thesis (MA) - MA in Social Policies and Citizenship. Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

ABSTRACT

In recent times, there has been an increase in the theoretical discussion of the problematic about drug use. It is worth emphasizing the difference between the genders, overcoming this prejudice in the ideo-political structures historically erected that hinder women in search for help and for the recognition that alcohol is the drug that causes more damage in the world. **OBJECTIVE:** To examine the disorders of the alcohol and other drugs' use in the path of women assisted by a CAPSad in Salvador, Bahia realizing the impacts caused over their lives. **MATERIAL & METHODS:** This is a qualitative case study developed through triangulation of data, i.e., direct observation, documents research (analysis of medical records) and interviews, which semi-structured form was the instrument developed by the researcher. The data analysis allowed the construction of eight guiding categories, and the interpretation of data required revisiting the specific literature to articulate the theoretical discussion with the empirical findings. **RESULTS:** the gender specificities of the family and socio-cultural space, lack of social support and stunted experiences with drug use were key elements for the development of disorders of the alcohol and other drugs' use. **CONCLUSION & FINAL RECOMMENDATIONS:** The research findings showed that the impoverishment, violence, fragility of family ties and social iniquities present in the life story of the women who were studied were objective conditions for the exposure of the abuse of psychoactive substances. Along with this, the support and coordination of various social groups (family, CAPS, community, State, church and other social actors) is extremely important to promote consistent and resolute actions in preventing and confronting this phenomenon.

KEYWORDS: DRUGS. ALCOHOL. WOMAN. ALCOHOL USE DISORDER. PUBLIC POLICY.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. CAPÍTULO 1:.....	17
2.1. AS RELAÇÕES DE GÊNERO E PODER.....	17
2.2. A CONDIÇÃO DA MULHER POBRE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: UMA SUBCIDADÃ?	19
3. CAPÍTULO 2.....	224
3.1. OS PADRÕES DE CONSUMO: O USO, ABUSO E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL 24	24
3.2. O USO, ABUSO E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL: DIFERENTES CONCEITOS 25	25
3.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	28
3.4. REPERCUSSÕES DOS TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL: AS PECULIARIDADES ENTRE HOMENS E MULHERES	29
4. CAPÍTULO 3:.....	34
4.1. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	34
4.2. OS ATUAIS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA 37	37
5. PERCURSO METODOLÓGICO	42
5.1. TIPO DE ESTUDO	42
5.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....	42
5.3. CARACTERIZANDO O LÓCUS DA PESQUISA	42
5.4. SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO.....	43
5.6. A COLETA E A PRODUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS.....	43
5.7. ANÁLISE DOS DADOS	44
6. CAPITULO 5:.....	47
6.1. RESULTADOS:	47

CASO 1.....	48
CASO2.....	52
CASO 3.....	55
6.2. DISCUSSÕES	58
7. CAPÍTULO 6:.....	70
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS:	74
APÊNDICE A:	91
APÊNDICE B:	96
ANEXO A.....	96

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quantitativo de Grama de álcool por tipo de bebida alcoólica.....	25
Mapa 1 - Consumo de álcool per capita (litros) do Brasil no panorama internacional.....	26
Gráfico1 - Doenças e prejuízos total ou parcialmente decorrentes do uso de álcool no Brasil.....	26
Gráfico 2 - Óbitos no Brasil por uso de drogas.....	38
Quadro 2 - Caracterização das participantes da pesquisa.....	46

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAASAH	Casa de Apoio e Assistência do Portador do Vírus HIV AIDS
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INPAD	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional Antidrogas

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAA	Síndrome de Abstinência do Álcool
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SEMPs	Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUA	Transtorno por uso de Álcool
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

1. APRESENTAÇÃO

A escolha pela temática é justificada pelo fato de que, no meu cotidiano de trabalho, um número significativo de usuários, angustiados, buscavam o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS¹), localizado no município de Lauro de Freitas, Bahia. É uma instituição pública, à qual fiquei vinculada por mais de um ano, que promove o acolhimento e tratamento de pessoas que apresentam o uso problemático de álcool, sendo um número expressivo de mulheres.

Por que um número tão expressivo de mulheres com os transtornos por uso de álcool não alcançavam o chamado atendimento especializado, mesmo sendo contra-referenciadas? Quais os impactos do uso abusivo de álcool na vida das mulheres e seus respectivos impedimentos na adesão ao tratamento? Essas foram as perguntas norteadoras deste estudo.

Pesquisas realizadas entre 2006 e 2012 demonstraram o aumento relevante de mulheres que fazem o uso do álcool no Brasil (MS, 2012). Tais informações indicam que temos um relevante índice de consumo de álcool por mulheres, ao mesmo tempo em que nos instigam a desvelar, por meio deste estudo, como se estruturam os impactos do uso abusivo de álcool e outras drogas na vida das mulheres e seus impedimentos na adesão ao tratamento.

Parte-se do pressuposto de que a terminologia “impactos” neste estudo é adotada como uma série de repercussões na história de vida das mulheres pesquisadas demarcadas pelo uso problemático de drogas.

Neste contexto, o CAPS, cenário da pesquisa, localizado no Centro de Salvador um lócus privilegiado, uma vez que é um local marcado pelas desigualdades sociais, por abrigar uma população em sua maioria negra, marginalizada e estigmatizada, que adota os mais diferentes mecanismos de sobrevivência.

Embora a proposta inicial do estudo fosse examinar os impactos dos transtornos por uso de álcool na trajetória de vida das mulheres, verificamos um

1 O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é uma unidade de execução dos serviços de proteção social básica destinados à população em situação de vulnerabilidade social, em articulação com rede socioassistencial que segue uma gestão descentralizada da Política Nacional de Assistência Social. (PNAS) criada em 2004.

dato relevante e instigante: as participantes do estudo apresentavam o poliuso de drogas, o que passou a evidenciar os danos do uso abusivo de álcool associado a outras drogas. Ressaltamos que o consumo de álcool em doses abusivas é o responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade em todo o mundo (CEBRID, 2010).

Esta dissertação se estrutura em quatro capítulos e seus respectivos subcapítulos. O primeiro capítulo discute as relações de gênero e poder, a condição da mulher pobre na sociedade contemporânea e retrata como as desigualdades de gênero e a pobreza se relacionam com os transtornos por uso de álcool associado a outras drogas.

O segundo capítulo descreve os padrões de consumo de álcool, os dados epidemiológicos do álcool e as repercussões dos transtornos por uso de álcool e suas peculiaridades em mulheres, revelando os seus danos no panorama nacional e internacional.

O terceiro capítulo apresenta brevemente a trajetória da construção histórica das Políticas Públicas de Saúde Mental relacionadas ao uso de Drogas, demonstrando os desafios enfrentados.

O quarto capítulo exhibe o desenho metodológico da pesquisa.

O quinto capítulo expõe os resultados e as discussões acerca do objeto de estudo e os achados da pesquisa.

O sexto capítulo, com conclusões e recomendações finais, sintetiza os achados do estudo, trazendo recomendações que poderão ser adotadas na intenção de provocar a melhora da acessibilidade e do acolhimento das mulheres com os transtornos por uso de drogas pelas redes de cuidado em saúde mental.

2. CAPÍTULO 1:

2.1. AS RELAÇÕES DE GÊNERO E PODER

Articular a discussão da teoria de gênero e poder com os transtornos por uso de drogas apresentados pelas mulheres neste estudo, desprezando o discurso de vitimização, significa refletir como as desigualdades de gênero, a subordinação e a falta de tolerância foram elementos agravantes diante do enfrentamento deste fenômeno, principalmente pelo teor moralista e estigmatizante que essa patologia apresenta no imaginário da sociedade.

O estudo da categoria gênero remete à construção social da relação entre homens e mulheres na sociedade, onde a alocação das mulheres na história política e pessoal como sujeitos ativos requer um novo posicionamento, sumariamente, a quebra de noções paradigmáticas tradicionais que permitam o redirecionamento do seu papel social.

Nas estruturas sociais patriarcais, podemos perceber as relações de poder reproduzidas em práticas de desigualdades econômicas e sociais que se estruturam em diferentes acessos e oportunidades entre os gêneros (COSTA, 1998).

Cabe assinalar a importância da formulação do conceito de “gênero” para denunciar as diferenças dispensadas que se metamorfoseiam em desigualdades concretas, resultado do processo de subordinação e dominação sobre o sexo feminino ao longo dos tempos (SCOTT, 1990).

O século XIX foi o marco inicial do processo de denúncia da condição das mulheres na sociedade ocidental pelo movimento feminista, fazendo aflorar o debate sobre a definição conceitual de gênero e suas relações ao longo dos tempos (SAFFIOTI, 2001).

De acordo com Costa (1998), o patriarcado é a organização sexual hierárquica da sociedade tão necessária ao domínio político. Alimenta-se do domínio masculino na estrutura familiar (esfera privada) e na lógica organizacional das instituições políticas (esfera pública). Foi construído a partir de um modelo masculino de dominação (arquétipo viril).

Na década de 1930, emerge a conquista por diversos direitos no Brasil, com o advento da revolução industrial e seus desdobramentos. Ativou-se a conscientização da importância do desenvolvimento feminino, que deveria ser para além das

conquistas por garantias legais, a busca pela equidade, já que o termo igualdade passa a não mais suprir os interesses da população feminina. As mulheres almejavam direitos iguais, sendo diferentes dos homens nas suas constituições físicas, psíquicas e sociais.

O empoderamento surge nos anos 1970, fruto do movimento social que buscava a consolidação e a ampliação dos direitos civis dos negros nos EUA passa a ser uma estratégia a ser utilizada pelo movimento feminista, contribuindo para a ressignificação do desenvolvimento e a emancipação da mulher na sociedade.

O empoderamento das mulheres representa um desafio às relações patriarcais, em especial dentro da família, ao poder dominante do homem e a manutenção dos seus privilégios de gênero. Significa uma mudança na dominação tradicional dos homens sobre as mulheres, garantindo-lhes a autonomia no que se refere ao controle dos seus corpos, da sua sexualidade, do seu direito de ir e vir, bem como um rechaço ao abuso físico e a violação sem castigo, o abandono e as decisões unilaterais masculinas que afetam a toda a família. (COSTA, 1998 p. 9)

Neste contexto, foi somente a partir dos anos 1980 que a sociedade brasileira vivia um momento de efervescência política. Neste ensejo, as feministas, de forma mais politizada e consciente, passaram a exigir mudanças que atingissem tanto as bases estruturais quanto as ideológicas que fortaleciam a subordinação das mulheres na sociedade, principalmente as que apresentavam situação de pauperização econômica (COSTA, 1998).

Existe uma hierarquização nas estruturas sociais através da qual, por muito tempo, as mulheres se posicionaram e ainda se posicionam em patamares inferiores, sendo algo aceito e naturalizado nas variadas formas de organização. A submissão a princípio era justificada pelas características biológicas, baseadas nas diferenças físicas/sexuais, onde o mais forte exerce o domínio sobre as outras espécies, retomando-se à teoria darwinista (COSTA, 1998).

Ao revisarmos a história da humanidade, notamos que a violência e a exploração foram mecanismos de opressão e de controle social utilizados para o domínio e a exploração do homem pelo homem. Junto a este processo surgem as relações de poder entre os gêneros, que contribuem para a submissão e a falta de autonomia das mulheres neste contexto (SAFFIOTI, 2001).

Mesmo com o processo de reconhecimento, de valorização da autonomia e da minimização da condição de subalternidade feminina “homens e mulheres continuam sendo sujeitos bipolares, opostos e assimétricos” (COSTA, 1998).

No âmbito dos direitos humanos, as mulheres passam a ser vistas como sujeitos de direitos, resultando na criação de políticas específicas que valorizem a autonomia e a dignidade feminina, dando-lhe alguma visibilidade social.

Ao longo dos tempos, a questão de gênero passa a ser atrelada a outras temáticas, a exemplo, a questão de gênero e a ordem econômica-política. Costa (1998) ressalta que, segundo as teorias desenvolvidas por Marx e Engels, o processo de subalternidade feminina segue a lógica do capital. Na divisão social do trabalho, as mulheres ficariam responsáveis apenas pelo cuidado com a família e os trabalhos domésticos, sendo excluídas do processo das relações produtivas e da acumulação do capital.

A classe e o gênero são conceitos que são construídos de forma conjunta, onde o primeiro designa as relações capitalistas e o segundo significa as relações patriarcais dentro da sociedade, havendo uma complementaridade dos conceitos (SAFFIOTI,1992).

Seguindo este raciocínio, podemos nos apropriar da reflexão que as mulheres acometidas pelos transtornos por uso de drogas dentro de estruturas patriarcais seriam denominadas como figuras desviantes, que negam o papel social instituído, que se apresentam marginais à ordem expressa. Em uma sociedade marcada pela dominação, a invisibilidade e a negação deste problema seriam um subterfúgio para evitar maiores rechaços e julgamentos.

Diante disso, a discussão sobre as relações de gênero e poder permite-nos a ampliação do entendimento da construção social e histórica da mulher no mundo, demonstrando que a relação de poder, de opressão e a assimetria de direitos entre homens e mulheres se materializa em dificuldades e desafios reais enfrentados cotidianamente no ingresso da mulher na sociedade.

2.2. A CONDIÇÃO DA MULHER POBRE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: UMA SUBCIDADÃ?

“Há algo muito atraente na ideia de que qualquer pessoa, em qualquer lugar no mundo, independentemente de nacionalidade, local de domicílio, cor, classe, casta ou comunidade, possui alguns direitos básicos que os outros devem respeitar.”

(SEN,2011. p.390.)

Para discutirmos a condição da mulher, atrelada ao processo de pauperização na sociedade contemporânea, devemos fazer um desenho dos seus espaços de permanência, de rupturas paradigmáticas, de superação dos sistemas simbólicos ao longo da história para verificarmos o seu status no mundo (MATOS, 2013).

O binômio público/privado referente aos espaços de ocupação das mulheres são lócus privilegiados imprescindíveis para a análise da sua trajetória e a construção de sua identidade na sociedade. Este primeiro espaço se relaciona com as questões políticas, econômicas, sociais e o segundo espaço contém as relações familiares/particulares. Ambas mantêm uma intrínseca relação (PINTO *apud* MATOS, 1992).

Vale mencionar que todo processo identitário se constrói diretamente das relações sociais estabelecidas, pelas normas e costumes preconizados, onde o sujeito e o contexto social são mutuamente influenciados pelo momento histórico, social e cultural (OLIVEIRA, 1991).

No caso do Brasil, a construção da sua identidade teve grande expressão da heterogeneidade cultural, porém até os dias de hoje ainda vivenciamos as “sequelas sociais” que são resultado do processo de desigualdade social, exploração e barbárie sofridos desde o período colonial (OLIVEIRA, 2012).

A fome, a violência, a miséria, a pobreza, a marginalização e até mesmo a precarização do trabalho por meio de condições subumanas se alojam nas entranhas de uma nação que se auto declara um Estado Democrático de Direito, representando a mais pura contradição. Isso nos leva a inquirir qual o tipo de cidadania que necessitamos para vivemos numa sociedade justa.

No Brasil, circunstâncias históricas tornaram mais lento o processo de formação da cidadania e fizeram com que até hoje prevalecesse a desconfiança entre os cidadãos e destes frente ao governo, situação que precisa mudar junto com o fortalecimento da cidadania, para garantir nosso próprio futuro como nação (CARVALHO, 1998, p.01).

Diversas respostas foram elaboradas para justificar as assimetrias sociais que se apresentavam em distintas conjunturas históricas, a exemplo do princípio de escassez, baseado na teoria malthusiana, que aludia que a fome e a pobreza resultavam do crescimento desproporcional da população em relação à capacidade de produzir alimentos, gerando assim a sua escassez e, como consequência, a fome.

Contradizendo essas teorias, entre 1930 a 1980 o Brasil foi um dos países que apresentou um dos maiores crescimentos econômicos. No entanto, este fato não repercutiu nos índices de desenvolvimento humano, permanecendo as desigualdades sociais e a marginalização, o que fez emergir a chamada subcidadania. (SOUZA, 2002)

A introdução do discurso moralista de que a pobreza era uma questão individual, resultado da incapacidade do indivíduo de se autogerir, reforçava a culpabilização dos sujeitos por sua condição de miséria, tratando a questão como algo de mérito ou demérito. Isso representa outra tentativa falaciosa de desprezar a concepção da pobreza e seus desdobramentos como um fenômeno estrutural (GERMANO, 1994).

É imprescindível a releitura do conceito de pobreza para além de um conceito econômico, compreendido como um fenômeno multidimensional que atinge a identidade social, a ausência de autonomia, a negação de pertencimento e o não acesso às boas condições de saúde e oportunidades (SEN, 2000).

No ponto de vista da distribuição de renda, da qualidade de vida, entre os países classificados como “em desenvolvimento”, o Brasil apresenta o chamado desenvolvimento perverso, ou seja, quando se aumenta a capacidade de crescimento econômico, mas progressivamente se acentuam as desigualdades sociais. Elas são frutos da concentração do capital por uma parcela privilegiada, aumentando o abismo entre os ricos e pobres no país (FURTADO, 2002).

Discutir a cidadania significa analisar a conjuntura política/econômica vigente, o cenário de desmonte e a descaracterização dos direitos sociais nos dias atuais, considerando que o fenômeno da pobreza está ligado intrinsecamente ao processo de exclusão social, e todo processo de exclusão social reflete no não acesso à cidadania, à democracia e à justiça social.

A desigualdade social representa “a mais importante contradição da sociedade brasileira”. São feridas coloniais que se perpetuaram ao longo dos tempos definindo os sujeitos históricos como gente, sub-gente e não gente (SOUZA *et al.*, 2012).

A valorização dos direitos humanos implicaria no alcance da verdadeira democracia. Contudo, diante do atual cenário político/econômico de supressão e desrespeito sistemático dos direitos sociais e da perpetuação da desigualdade

social, pode-se concluir que a cidadania brasileira acumula milhões de cidadãos de papel no país, pois a maioria dos seus direitos somente são assegurados nas transcrições jurídicas organizadas em forma de leis (DIMENSTEIN,2011).

Houve importantes transformações no cenário político, social, cultural e econômico desde o século XX. Emergiram novos atores sociais e novas necessidades. Contudo, não superamos a regressão dos direitos sociais da parcela mais pauperizada, fazendo surgir novos desdobramentos da pobreza. (PASTORINI, 2010).

No caso das mulheres, se faz necessária a promoção da igualdade inédita e subversiva para a conquista do processo de visibilidade social por meio da cidadania, partindo da ideia da aceitação das diferenças e não da desigualdade de gênero. Assim, serão criados acessos e oportunidades para as mulheres na sociedade (SILVA, s.d.).

A conquista do direito de votar e ser votada, o acesso aos métodos contraceptivos e o ingresso no mercado de trabalho alcançando cargos de grande representatividade ainda não permitiram que as mulheres se apoderassem da cidadania plena e ativa.

A falta do reconhecimento social anula a condição de cidadão, caracterizando os seres como pessoas destituídas de direitos. Ao se tratar da mulher, esta situação se acentua, pois além de sofrer com a desigualdade social resultado do processo de pauperização (que tem fortes raízes históricas provenientes da estrutura política/econômica), ainda sofre com a desigualdade de gênero. Assim, lida com um duplo processo de desigualdade e exclusão social. “[...] mesmo com as lutas, a mulher ainda faz parte dos grupos mais vulneráveis de ações do sistema de proteção social, principalmente aquelas que se encontram em situação de pobreza”. (FLEURY *apud* CARVALHO, 2011 p.7).

Neste contexto, podemos concluir que, apesar dos avanços, as mulheres na contemporaneidade devem ser entendidas como subcidadãs ou cidadãs de papel por excelência, pois sofrem exponencialmente com o processo de desigualdade, discriminação e exclusão social. Isso é visto no seu acesso limitado aos direitos numa sociedade que conserva o arcabouço patriarcal, principalmente no caso das mulheres pauperizadas.

Todavia, Souza (2012) avalia, a partir de uma visão utópica, que nos dias atuais as mulheres aprisionadas ao submundo encontram-se a caminhar em direção de ações que lhe promovam o status de cidadãs.

3. CAPÍTULO 2

3.1. OS PADRÕES DE CONSUMO: O USO, ABUSO E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Por acaso, ou mesmo de propósito, algumas frutas, possivelmente uvas, foram deixadas por algum tempo em um vasilhame primitivo ou em algum buraco de uma rocha. O sol e a ação de 'criaturas invisíveis' que agora sabemos chamavam-se fermentos, estragaram as frutas. Elas se transformaram em uma massa pastosa. Mas um homem faminto e sedento ingeriu a massa. Nós podemos apenas imaginar o impacto deste acidente fermentativo. Não apenas a sua fome e a sua sede foram saciadas, mas ele se sentiu inexplicavelmente bem. Menos cansado, mais corajoso. Estava descoberto o álcool.

(KELLER apud MASUR, 2004)

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. O álcool compõe a lista de substâncias na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10). É denominada como droga lícita, ou seja, aquela que pode ser comercializada de forma legal, podendo ou não estar submetida a algum tipo de restrição no seu uso (SENAD, 2010).

Todavia, desde os tempos pré-bíblicos já havia a produção e o consumo de álcool. Somente no período após a revolução industrial o álcool passou a ser produzido artesanalmente e em maiores quantidades, devido ao emprego de uma tecnologia mais avançada que, em contrapartida, aumentou o seu consumo, diminuindo o seu valor. Elevou-se, assim, o acesso das pessoas que o apreciavam (LARANJEIRA e PINKSY, 2005).

O termo alcoolismo foi um conceito formulado somente no período pós-industrial, também conhecido como dependência de álcool. Recebe atualmente uma nova nomenclatura, o Transtorno por Uso de Álcool - TUA (GIGLIOTTI, 2013). Contudo, permanece a busca por justificar quais as verdadeiras causas que levam ao uso de uma droga psicotrópica. A resposta se relaciona diretamente ao tipo de efeito farmacológico que cada droga produz no indivíduo que a consome (MASUR, 2004).

As causas exatas do alcoolismo continuam sendo foco de debate. Não pode ser definido como uma doença unicausal, mas sim, o resultado de um conjunto de

fatores que levam ao uso abusivo de álcool, até mesmo como critério para o desenvolvimento do quadro de dependência alcoólica (KAPLAN,1984).

Diante disso, o álcool é uma droga que tem o efeito tanto depressor como euforizante que promove a hilaridade, a diminuição da autocrítica, a desinibição comportamental, vista na expressão afetiva mais elevada. Cada quantidade consumida determinará a apresentação dos seus efeitos no organismo (MASUR 2004; FILHO & ANDRÉ, 2002).

3.2. O USO, ABUSO E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL: DIFERENTES CONCEITOS

A definição do padrão de consumo seria algo importante para distinguir os termos “uso”, “abuso” e “dependência alcoólica”. Neste contexto, a palavra uso refere-se a qualquer ingestão de álcool. O abuso expressa o ultrapassar do ato de beber socialmente e ocasionalmente. Já a dependência alcoólica está estabelecida quando se tem uma rotina diária, sem limites, tornando-se algo incontrolável, uma disfunção progressiva.

A Organização Mundial de Saúde [s.d] usa o termo baixo risco de uso, para determinar à ingestão de álcool dentro dos parâmetros médicos legais. Classifica o uso em: (i) Uso moderado: o consumo aceitável de 15 doses por semana para os homens e 10 doses por semana para as mulheres, sendo que 1 dose equivalem, aproximadamente 350mL de cerveja,150mL de vinho ou 40mL de uma bebida destilada,cada uma destas bebidas contém de 10 a 15 gramas de etanol. De acordo com o *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), o termo “beber moderado” significa o consumo com limites e sem prejuízos; (ii) Beber pesado (*binge drinking*) definido pelo consumo de 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma ocasião, por homens; ou 4 ou mais doses de bebidas alcoólicas consumidas por mulheres numa única ocasião.

No que tange aos padrões de consumo de álcool, que é medido por unidades, não existe um consenso, podendo variar de 10 a 14 gramas de álcool, dependendo do tipo da bebida alcoólica. Para obter as unidades equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar a quantidade da mesma por sua

concentração alcoólica, determinando, assim, a quantidade absoluta de álcool na bebida.

Quadro 1 - Quantitativo de Grama de álcool por tipo de bebida alcoólica

				
	Cerveja/chope	Vinho	Destilados	Dose padrão (álcool puro)
OMS	330 ml	100 ml	30 ml	10-12 g
SENAD	340 ml	140 ml	44 ml	13,6 g
NIAAA	355 ml	150 ml	45 ml	14 g

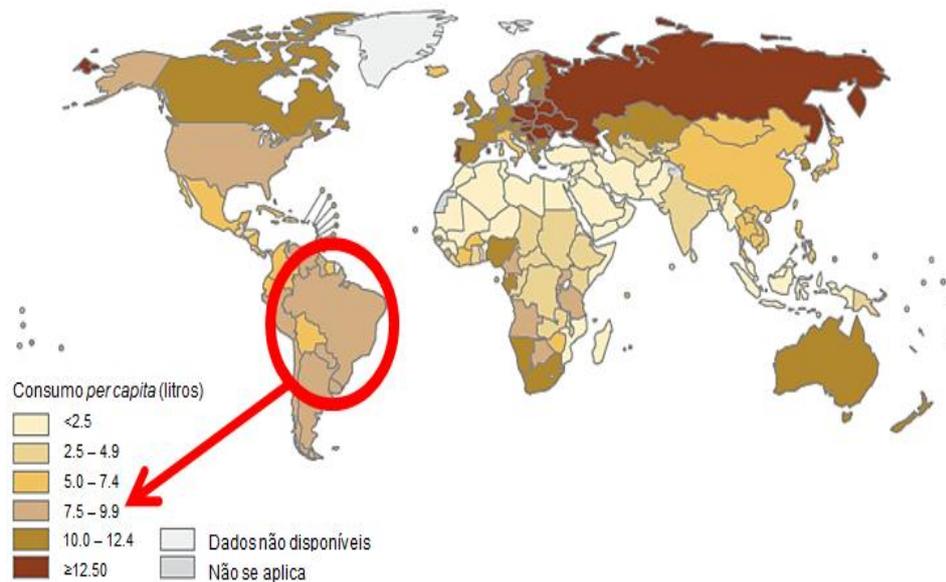
Fonte: CISA - Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool, 2014.

O alcoolismo é definido como uma doença marcada pela ingestão repetitiva e compulsiva de álcool, onde seu consumo abusivo pode estar relacionado a variados aspectos da vida do alcoolista, abrangendo o contexto individual, social, familiar e os fatores genéticos (GILTLOW e PEYSER, 1991).

O Brasil é um país que sofre com os danos do uso abusivo de álcool, sendo responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas registradas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Entretanto, este aumento no consumo de álcool e até mesmo na produção, em especial, no caso do Brasil, que é um dos líderes dentro do cenário internacional, não acompanha o nível de conscientização e sensibilização que seria necessário para o enfrentamento deste fenômeno e muito menos acompanha as respostas de controle do TUA associado a outras drogas para a redução dos danos à saúde da população.

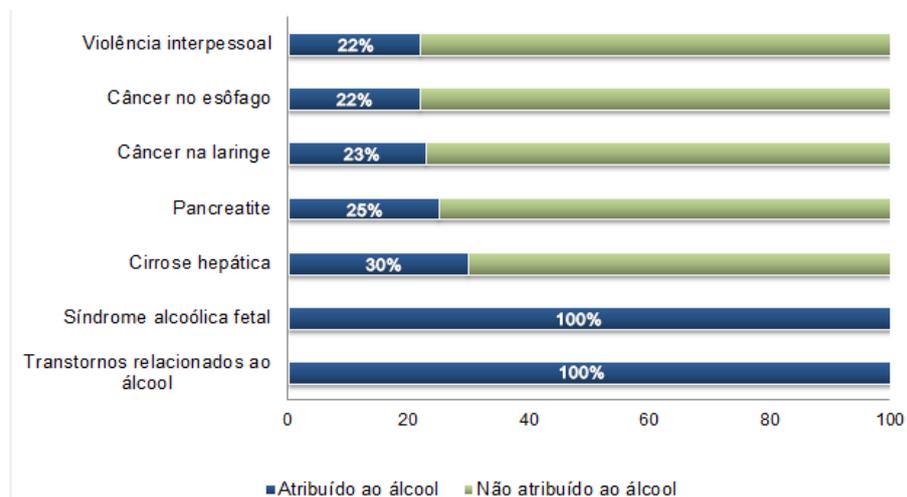
Mapa 1- Consumo de álcool por pessoa/litro no Brasil e no panorama internacional



Fonte: Relatório Global sobre Álcool e Saúde, 2014.

Desta forma, o consumo inadequado de álcool é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos, porque envolvem diversas questões médicas, psicológicas, profissionais, familiares atingindo as múltiplas dimensões (FILHO e ANDRÉ, 2002).

Gráfico 1 - Doenças e prejuízos decorrentes do uso de álcool no Brasil



Fonte: Relatório Global sobre Álcool e Saúde, 2014.

De acordo com os dados de 2011 da OMS, o consumo excessivo de álcool no mundo é responsável por 2,5 milhões de mortes a cada ano. O percentual equivale a 4% de todas as mortes no mundo, o que evidencia que o álcool seja mais letal que a AIDS e a tuberculose. A OMS também estima que 76,3 milhões de pessoas fazem o consumo abusivo de álcool.

Os dados estimam que o consumo total no Brasil seja equivalente a 8,7L por pessoa, sendo um valor superior se comparado à média mundial (Relatório Global sobre Álcool e Saúde, 2014).

3.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL

No ano de 2005, com a realização do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, as pesquisas demonstraram que o uso de álcool por mulheres foi de 68,3%, com destaque para as mulheres de 25 a 34 anos de idade, que somam 73%. A dependência de álcool, por sua vez, foi diagnosticada em 6,9% das mulheres entrevistadas. Esses dados sugerem haver aumento no consumo de álcool entre as mulheres no Brasil.

No I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2006, o crescimento econômico do Brasil nos últimos 10 anos foi o maior da história. Evidências mostram que uma maior renda per capita está relacionada com aumento do consumo de álcool, o que tornou o país um mercado promissor para a indústria do álcool.

De acordo com VI Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2010 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) com os estudantes do 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras, as bebidas alcoólicas eram consumidas por mais de 65% dos entrevistados, estando bem à frente do tabaco. Dentre estes, 50 iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade.

Contudo, tais fatos implicam que teremos um novo desafio que é alcoolismo infantil associado a outras drogas, uma vez que as pesquisas demonstram que as pessoas precocemente estão fazendo o uso de drogas e em quantidades maiores. Seguindo esta linha de pensamento, precocemente também surgirão os novos danos à sociedade (VARGAS, 1990).

O aumento do uso de substâncias psicoativas sobretudo expressa que o fenômeno das drogas é complexo, que vivemos num estado de alerta, ao mesmo tempo em que conclama a necessidade do enfrentamento de forma urgente do TUA, principalmente quando se apresenta associado ao poliuso de drogas.

A família, a escola, o trabalho, os amigos e o Estado, através de Políticas Públicas, juntamente com os mais diversos segmentos sociais, passam a ser convocados para a promoção da prevenção e do combate, onde o foco central não pode ser apenas o uso de droga, e sim o contexto social que envolve o seu usuário.

É importante ressaltar que os países mais desenvolvidos economicamente tendem ao consumo de álcool em níveis mais elevados, porém são os países de menor desenvolvimento que se apresentam mais vulneráveis e possuem os maiores índices de mortalidade e danos acometidos pelo abuso de álcool (LIMA, 2008).

3.4. REPERCUSSÕES DOS TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL: AS PECULIARIDADES ENTRE HOMENS E MULHERES

“Quando eu era pequeno, botequins eram lugares muito frequentados, mas mal afamados. Meu pai se orgulhava de jamais haver posto os pés num deles, proeza da qual o filho não pode se gabar. Naquele tempo, o homem de verdade pedia uma pinga no balcão e tomava de um gole só, sem cara feia. A menos que afeitas a gracejos, as mulheres mudavam de calçada para desviar dos bares. Os tempos felizmente são outros: elas entram onde bem entendem, não hesitam em dar o troco ao primeiro insolente e bebem o que lhes dá na cabeça

(VARELLA, 2011)

Historicamente, os estudos sobre o alcoolismo pouco discutiam a questão de gênero. Não contemplavam as peculiaridades do sexo feminino, em especial, bem como as consequências do uso abusivo de álcool. Somente a partir da década de 1960 que as mulheres alcoolistas começam a protagonizar as pesquisas que discutiam o uso prejudicial de álcool na sociedade (CESAR, 2006; SANCHES *et al.*, 2003).

A elevação do número de problemas relacionados ao consumo de álcool por mulheres inicia-se a partir da segunda guerra, em decorrência da forte influência do contexto sociocultural, no qual um número relevante de mulheres passam a sofrer com os transtornos por uso de álcool (GUIMARÃES *et al.* 2009).

Um dos motivos de ter levado as mulheres a fazer uso de álcool foi o seu ingresso no mercado de trabalho e na vida pública, tornando-as mais competitivas, pois passaram a atender à lógica estrutural. Isso favoreceu as mudanças comportamentais, vistas até mesmo na reprodução de atitudes que anteriormente eram mais comuns aos homens, como o uso/abuso de substâncias psicoativas (VARELLA, 2011).

Muitos acreditavam que a inserção da mulher no âmbito do trabalho destruiria a estrutura familiar de modelo tradicional. Havia uma contraposição entre o discurso liberal do movimento feminista e o modelo patriarcal. O primeiro procurava redefinir o lugar das mulheres na sociedade determinadas como “seres sem lugar” e o segundo primava pela manutenção das estruturas conservadoras (SAFFIOTI, 2001).

O papel de uma mãe não consiste em abandonar seus filhos em casa e ir para fábrica trabalhar, pois tal abandono origina muitas vezes consequências lamentáveis, quando melhor seria que somente o homem procurasse produzir de forma a prover as necessidades do lar (PRIORE e BASSANEZI, 2004, p.585).

O processo discriminatório da mulher sempre esteve presente, tanto na sociedade ocidental como na oriental. Algumas doutrinas religiosas ainda demonstram claramente o servilismo da mulher. Podemos verificar esta subordinação ao ilustrar a justificativa hipotética do surgimento da mulher no mundo, “A mulher nasceu da costela de Adão e mais tarde é ela a responsável por espalhar o pecado pelo mundo”, demonstrando assim, o processo de submissão e desigualdade de gênero desde a gênese humana (SILVA, 2010).

Assim, a mulher veio cumprir seu papel de companheira, de alento para os dias difíceis do homem; já nasceu dependente dele, veio da sua costela não como sujeito individual que pudesse ter ideias próprias, decidir, ser autônoma, mas com a doçura e a candura de quem está pronta para servir ao seu senhor (LOPES *apud* SILVA, 2010 p.98).

Ao longo dos tempos, o processo discriminatório foi construído contra a mulher, que teve seu papel instituído por uma sociedade machista. Por muitas gerações este preconceito foi alimentado. Assim, já se deveria prever que a mulher acometida pelos transtornos por uso de álcool associado a outras drogas sofreria com o pré-julgamento e com as posturas discriminatórias. Tais comportamentos incentivam as intolerâncias sociais que fazem com que muitas sofram em silêncio, diante do aumento expressivo do transtorno por uso de drogas.

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma pesquisa que mostrou que 3,2% das mulheres brasileiras apresentam algum tipo de transtorno por uso de álcool, sendo que 1,8% apresentam diagnóstico de dependência alcoólica.

Contudo, Nóbrega e Oliveira (2005) discutem que a sociedade assume uma postura muito mais preconceituosa, discriminatória e agressiva ao tratar do alcoolismo em mulheres do que em relação aos homens. Este fato favorece a subestimação dos dados e a negação da necessidade de intervenção com urgência sobre este fenômeno.

A não procura de ajuda ou até mesmo a busca de forma tardia refletem na reprodução de um pensamento dominante de que as mulheres não devem ter más condutas perante a sociedade. Refere-se à chamada violência simbólica, onde os símbolos e significados culturais construídos exercem um domínio natural sobre as pessoas ou grupos, onde existe uma concordância entre o dominado e o dominador, mesmo de forma inconsciente (BOURDIEU, 1996).

De acordo com o Relatório da OMS em 2014, existem potenciais danos à saúde da mulher que faz o uso abusivo de álcool, tornando-a mais vulnerável do que os homens.

As mulheres sofrem com o chamado “efeito telescópio”, ou seja, mesmo fazendo uso em quantidades equivalentes aos homens, sofrem mais precocemente com os danos à saúde. Diante disso, seria imprescindível apontar algumas diferentes repercussões dos transtornos por uso de álcool entre homens e mulheres (ESPER *et al.*, 2013).

Apesar da mulher em geral ter o peso corporal, massa muscular e uma quantidade de água menor no organismo, em contrapartida, tem uma maior quantidade de tecido adiposo. Contudo, todos estes fatores associados levam a uma menor produção da desidrogenase, enzima responsável pelo metabolismo do álcool, tornando as mulheres mais sensíveis ao efeito do álcool do que os homens (CEBRID, 2010).

Ao lado disso, as mulheres estão mais propensas a desenvolverem complicações no fígado, disfunções cardíacas, hipertensão arterial, obesidade, anemia, úlceras, hemorragias gastrintestinais, desnutrição, transtornos psicológicos

e psiquiátricos recorrentes do consumo prejudicial de álcool (NÓBREGA e OLIVEIRA 2005).

Sem contar que a maioria dos estudos específicos sobre esta temática destacou que muitas mulheres que sofrem com o transtorno por uso de álcool encontram-se em período fértil. Todavia, é no período gestacional que aumentam consideravelmente a exposição e o risco do uso abusivo de álcool, podendo ocasionar danos tanto ao organismo da mãe, quanto ao desenvolvimento fetal (LIMA, 2008).

Como ainda não se determinou um limite seguro para o uso de bebidas alcoólicas no período gestacional, as literaturas biomédicas que tratam deste assunto recomendam que a mulher gestante ou nutriz devem se manter abstinentes como forma de garantir o desenvolvimento sadio da sua prole.

A ocorrência de abortamento espontâneo, o nascimento de bebês com baixo peso, o deslocamento prematuro de placenta, a hipertonia uterina², o trabalho de parto precoce, a perda de líquido amniótico, as anomalias, as deficiências e as malformações fetais resultados do desenvolvimento da ²Síndrome Fetal Alcoólica (SAF) também podem representar importantes manifestações do uso prejudicial de álcool durante o período do pré e pós natal (FILHO & ANDRÉ, 2002).

Destacam ainda, que as disfunções sexuais tais como; ³hipermenorréia, ⁴dismenorréia e desconforto pré-menstrual, as variações no ciclo menstrual e a elevação da incidência de realização de cirurgias ginecológicas também são danos comuns às mulheres com transtornos por uso de álcool (SANTOS & SILVA, 2009).

Do ponto de vista comportamental, os homens e as mulheres se relacionam com o consumo de bebidas alcoólicas de diferentes maneiras. Para as mulheres, o uso de álcool seria um mecanismo de suavização dos problemas, uma forma de sanar as angústias, as tristezas e as insatisfações cotidianas. Já os homens relacionam o uso de álcool aos momentos festivos, de entretenimento e lazer, servindo como um dispositivo de integração social (MONTEIRO *et al.*, 2011).

²De acordo com o dicionário médico online de termos técnicos em saúde: ¹Hipertonia uterina: significa uma contração forte e mantida do útero; Conforme Lima (2008) ²Síndrome Alcoólica Fetal (SAF): significa o conjunto de manifestações diversas, decorrentes da exposição da criança ao álcool durante o período gestacional; ³Hipermenorréia : significa sangramento menstrual excessivo; ⁴ Dismenorréia : significa dor uterina durante o período menstrual. <http://www.dicionariomedico.com> acessado em: 11/02/2016.

Referente à preferência pelo consumo, 60% das bebidas alcoólicas consumidas por ambos os sexos é a cerveja. Contudo, a segunda bebida mais utilizada pelos homens foram aquelas denominadas destiladas enquanto as mulheres escolheram ovinho (LENAD, 2012).

A respeito da aceitação social, a repressão ao uso ou até mesmo ao abuso de bebidas alcoólicas recai mais fortemente sobre as mulheres do que sobre os homens. O não reconhecimento do problema converge com as situações de preconceito e a moral pré-estabelecida pelo modelo societário (ESPER *et al.*, 2013).

Por fim, no que tange ao ponto de vista dos fenômenos sociais associados ao transtorno por uso de álcool, as mulheres se apresentam muito mais vulneráveis a serem vítimas de diferentes tipos de violência (sexual, patrimonial, conjugal, psicológica e moral) fora e dentro do seio familiar comparadas aos homens (MONTEIRO *et al.*, 2011).

4. CAPÍTULO 3:

4.1. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: BREVES CONSIDERAÇÕES

As políticas sociais, na visão liberal, são instrumentos que estimulam o ócio e o desperdício, desvalorizam a questão do trabalho para o alcance do crescimento econômico, reproduzindo assim, a miséria (BEHRING e BOSCHETTI , 2007).

As políticas sociais públicas apresentam ambiguidades, podendo ser entendidas como respostas limitadas e fragmentadas, de caráter paliativo. Promovem ações que não interferem na base econômica, mas atendem às exigências do capital. Por outro prisma, poderiam ser vistas como respostas democráticas às classes populares que se organizam e reivindicam a criação de acessos a certos bens e serviços (FALEIROS, 2000).

O consumo excessivo de álcool ao longo da história recebeu diferentes respostas da sociedade em relação às suas repercussões. A princípio, a visão moralista considerava o consumo prejudicial de álcool como uma falha de caráter. Por outro lado, um conceito mais ampliado e atual o entende como uma doença que necessita de acompanhamento médico como qualquer outra (NEVES, 2004).

Diante do aumento expressivo do alcoolismo no Brasil e a necessidade da revisão do antigo modelo de enfrentamento baseado no internamento clínico, o Estado é convocado para promover respostas efetivas. Com isso, iniciam-se as intensas mobilizações dos mais variados segmentos sociais; usuários e seus familiares, trabalhadores da saúde e sociedade civil, que de forma aguerrida conquistaram a instituição da política de saúde mental, que teve como marco a década de 1970.

Argumenta Amarante (2005) que a reforma psiquiátrica brasileira (RPB) nasce do processo histórico de reformulação crítica do antigo modelo, pois emerge da necessidade de promoção de Políticas públicas voltadas para a organização de uma prática clínica, resultado da instalação de um novo modelo psicossocial interventivo. Pitta (2011, p.04) reafirma que:

Com a entrada em cena de movimentos sociais de profissionais, trabalhadores, usuários, familiares, militantes dos Direitos Humanos, prestadores públicos e privados, gestores, sindicatos e associações, nos fins dos anos setenta, o movimento da Reforma nasce e ganha maior visibilidade e força e também produz seus mais ferrenhos inimigos.

Surge então, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) composto pelos mais variados integrantes que denunciam os casos de abuso e violência transcritos na mercantilização da loucura (MS, 2005).

Em 1990, o Sistema Único de Saúde é instituído pela Lei 8.080/90, emergindo como um conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de uma maior qualidade de vida para toda a população brasileira, prevendo a garantia de acesso de todos a uma assistência integral e equitativa, organizado de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

Este novo sistema de atenção à saúde, o SUS, é visto como um avanço no campo da saúde. Foi um excelente incentivador para a constituição das políticas de saúde mental no Brasil. A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 foi o marco legal da reforma psiquiátrica que acabou por reproduzir as diretrizes e os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde para a política de saúde mental.

A Lei 10.216/2001 originou um verdadeiro ganho com a positivação dos direitos da pessoa com transtorno mental, abrindo o precedente de como a prestação de ações e serviços poderiam ser ofertada em consonância com os pressupostos legais instituídos, repercutindo, assim, na criação do Centro de Atenção Psicossocial

O CAPS, serviço substitutivo do modelo hospitalocêntrico, tinha o objetivo de assegurar as ações, serviços e o tratamento adequado, onde a cidadania e o convívio na sociedade deveriam ser preservados.

Somente em 2002 a Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi constituída por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, porém seu texto apresentava fragilidades, sendo digno de reavaliação e atualização dos seus fundamentos, que se mostravam em inteira discordância com as transformações sociais, políticas e econômicas vivenciadas tanto no panorama nacional, como internacional (GARCIA, 2013).

Em 2003, foi publicada a Política do Ministério Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que trouxe como desafio a construção de uma política eficaz que promovesse de fato a prevenção, tratamento e o

enfrentamento do uso abusivo de drogas. Ao longo do seu texto, reconhece o atraso do Estado no seu enfrentamento.

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas). (BRASIL, 2003. p.06)

Em 2004, houve um realinhamento da Política por meio do Seminário Internacional de Políticas públicas sobre drogas, contando com a participação popular cuja reformulação baseou-se na mudança de sua nomenclatura e na introdução de dados epidemiológicos acrescidos numa releitura atualizada do cenário da saúde pública brasileira.

A substituição da nomenclatura de Política Nacional Antidrogas para Política Nacional sobre Drogas surge com forte influência das tendências internacionais, do estabelecimento de um novo posicionamento do Estado referente a este fenômeno.

Neste mesmo ano nasce a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tendo como proposta principal a promoção da integralidade das ações e serviços a partir da análise epidemiológica da situação de saúde das mulheres brasileiras. A PNAISM foi formulada em parceria com os departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria de Políticas para as Mulheres, movimento de mulheres e os mais variados segmentos sociais visando a promoção e a integralidade das ações e serviços.

O estudo, ao discutir as mulheres com transtornos por uso de drogas, exhibe a necessidade de que as Políticas Públicas contemplem as particularidades da questão de gênero. Neste contexto, a Política Nacional sobre Drogas estabeleceu os fundamentos, objetivos, diretrizes e as estratégias, destacando que seriam dispensados todos os esforços para a redução da demanda e da oferta de drogas e que seu enfrentamento seria feito de forma planejada e articulada.

Somente em 2007 é aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, que passa a dispor sobre as medidas de prevenção e de redução do uso indevido de álcool associada aos casos de violência e de criminalidade presentes na população brasileira.

Diante deste cenário, vista a necessidade da evolução ética do processo de cuidado com os usuários de substâncias psicoativas, a política de assistência do uso

indevido de álcool e outras drogas traz uma nova diretriz clínica-política, onde a redução de danos (RD) e o CAPSad passam a ser os principais instrumentos para a promoção da reabilitação psicossocial, onde a abstinência deixa de ser o foco do tratamento.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) nasce como um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso prejudicial de drogas.

Andrade (2004) frisa que a RD, que se iniciou como uma prática de prevenção da hepatite e do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos, é uma estratégia adotada na perspectiva de valorização da autonomia do usuário de substância psicoativa, sendo constituída como um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas.

De acordo com a Política Nacional sobre Drogas, o tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas dependem da constituição de uma rede assistencial integrada e articulada como setor de saúde e os demais núcleos de assistência.

Há os mais variados pontos de atenção voltados para o cuidado: unidade básica de saúde, ambulatórios, centro de atenção psicossocial, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiro, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas, entre outros.

4.2. OS ATUAIS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

São inegáveis os avanços que foram conquistados ao longo da história da saúde mental no Brasil no que se refere ao enfrentamento da questão das drogas, porém diversos desafios estão ainda postos.

Em 2011, ocorre um novo desafio trazido pela formação e a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela é formulada pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que visa à articulação em rede dos mais variados pontos de atenção.

A RAPS é a agregação das ações e serviços de saúde articulados em crescentes níveis de complexidade, com o objetivo de promover a integralidade da assistência à saúde, sendo um mecanismo criado pelo Estado para as pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas onde todas as suas demandas deverão ser acolhidas.

A instituição da RAPS fez refletir os conceitos de territorialidade, intersetorialidade e matriciamento na saúde, sendo que o primeiro conceito não deverá ser tratado apenas como uma questão sanitária e geográfica. Todo serviço territorial deve atender tanto às demandas espontâneas como às contra-referenciadas.

O serviço de base territorial significa que a rede institucional (RAPS) deve estar próxima à rede social (familiar, igreja, amigos, entre outras) do usuário que será acolhido. A rede social é entendida como um elemento positivo, motivador para a adesão ao tratamento.

Todavia, devemos ter claro que as ações territoriais baseadas no matriciamento e na intersetorialidade podem encontrar diversas barreiras para a sua atuação de forma eficaz, a exemplo: a ausência desta rede local para a realização das ações compartilhadas, demonstrando assim, suas fragilidades e desafios (ANDRADE, 2011).

Para a estruturação da rede psicossocial, é de suma importância a integração do acesso, a promoção da qualidade dos serviços ofertados, a resolutividade e a participação social, devendo-se articular o perfil da população usuária aos serviços disponíveis (MENDES, 2007).

Dimenstein (2012) acrescenta a necessidade da superação dos chamados “pontos de estrangulamento” que comprometem a efetivação da RAPS e implicam na co-responsabilidade dos pontos de atenção. Também implicam na consolidação e ampliação da rede assistencial para o alcance da reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, direitos sociais e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

De fato, não podemos deixar de perceber que as respostas ofertadas pelo Estado no enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas sofre interferência direta do modelo político econômico vigente, ou seja, se o modelo

político vigente é o neoliberal, sua intervenção através da formulação de políticas públicas também seguirá a lógica neoliberal.

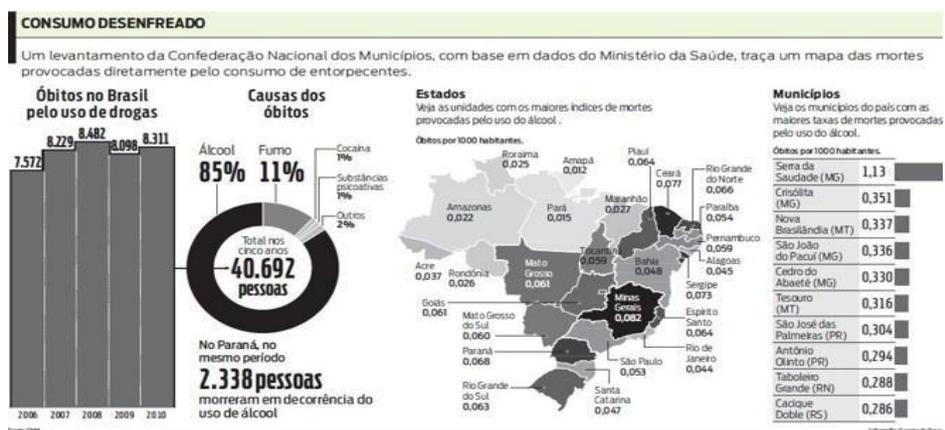
O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadores, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado (BEHRING,2007,p.64).

Não existe política social que nasça alheia ao contexto sociopolítico e que seja contrária à ordem econômica. Portanto, é preciso levar isso em consideração para que se promovam respostas efetivas no caso do uso abusivo de álcool e outras drogas, que impactem na produção e na comercialização dessas substâncias psicoativas no Brasil. No caso do álcool, isso repercutiria diretamente na economia.

No que concerne à receita fiscal da indústria do álcool, são todos os valores arrecadados referentes a taxas e impostos relacionados à produção, distribuição e à comercialização de bebidas alcoólicas. Podemos concluir que é um ramo bastante próspero no Brasil e que temos consolidada a chamada “indústria do álcool” (LIMA, 2008).

Outra questão desafiadora seria que a Política Nacional sobre Álcool, aprovada por meio do Decreto 6.117 de 22 de maio de 2007, traz como objetivo principal a implantação de medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade, demonstrando que não conseguimos superar o modelo coercitivo/repressivo no tratamento do uso de drogas, pois as repercussões do uso prejudicial de álcool atingem diferentes áreas em todo mundo.

Gráfico 2 - Óbitos no Brasil por uso de drogas



Fonte: gazeta do povo,2010.

Cabe lembrar, que a maioria das políticas públicas brasileiras sobre drogas focam na questão do seu uso. As drogas acabam assumindo o protagonismo. Seus usuários são rotulados pelo seu uso e principalmente pelo abuso. A dimensão humana sócio-histórica e as estruturas sociais vigentes são desprezadas.

A droga passa a ser entendida como algoz, desfavorecendo a análise da tríade sujeito/droga/contexto social, e muitas vezes estas atitudes são reproduzidas pelos profissionais de saúde no seu âmbito laboral, na relação com os dependentes de substâncias psicoativas.

Demonizar para esconder nossa incapacidade de enfrentamento da realidade, demonizar para ganhar o apoio fácil de quem prefere não saber para fazer de conta que resolve, pelo sintoma, em lugar de cuidar das causas. As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. [...] (NERY FILHO, 2010³)

Andrade (2011) revela que as políticas públicas de atenção ao uso de drogas no Estado da Bahia atendem ao modelo repressivo, legitimado na elevação dos números de homicídios e dos encarceramentos de jovens negros, que é a população mais vulnerável neste cenário.

Devemos destacar, que o texto da Lei 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, cita a promoção da atenção integral das pessoas que consomem álcool e outras drogas, afirmando que o alcoolismo é um problema de saúde pública.

Contudo, o termo “saúde pública” nasceu no período ditatorial, diretamente relacionado à maneira verticalizada do cuidado. Buscava separar as ações de caráter coletivo daquelas de caráter individual, assistencial, curativo, etc. “Era uma saúde pública institucionalizada, onde o termo saúde coletiva seriam uma nova saúde pública”. Neste caso, a nomenclatura reflete mais que uma simples definição, reflete os seus paradigmas (PAIM, 2014).

Apesar disso, a adoção adequada das nomenclaturas pertinentes ao campo da saúde não significa apenas uma questão de neologismo, representam a sua tendência e posicionamento diante da questão.

Ao analisar a trajetória da construção das políticas públicas no Brasil seus desafios, em especial, no campo da saúde mental, mostram-se importantes avanços entre modelos de proteção social, apesar da manutenção do *status quo*, mas ainda também acumulam variados desafios.

³Disponível em: <<https://conversandocomnéri.wordpress.com/tag/drogas/>> Acesso em 18 abr. 2015

Entretanto, estes avanços não devem suprimir a ideia de *accountability*, ou seja, a exigência de transparência das ações do Estado por parte da população, a exigência da prestação das contas e o controle da corrupção para que se vislumbre uma cidadania ativa e propositiva.

Seguindo este raciocínio, são importantes tanto o controle da aplicação dos recursos para estas finalidades, como a promoção do financiamento pelos entes federados (SERAFIM, 2008).

Sem dúvida, as políticas de saúde mental, especificamente as ligadas ao uso abusivo de drogas, devem representar um fator de proteção para as mulheres com transtorno relacionado, principalmente quando promovem respostas resolutivas diante das necessidades sociais apresentadas pelas usuárias.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de casos, desenvolvida através da triangulação de dados, ou seja, da observação direta, da pesquisa documental (análise dos prontuários) e da realização de entrevistas, cujo formulário semiestruturado foi o instrumento elaborado pela pesquisadora.

5.2. CENÁRIO DA PESQUISA

Salvador é uma cidade com forte influência da história colonial, considerada uma das mais antigas colonizações urbanas da América Latina. Sendo a primeira capital do Brasil, caracterizada como uma cidade multicultural de forte expressão religiosa (SOARES, 2006).

Conforme o IBGE (2015) Salvador é a terceira cidade mais populosa do país, contando com quase três milhões de habitantes, ficando atrás de São Paulo (1º lugar) e Rio de Janeiro (2º lugar).

Salvador é um dos maiores centros da cultura de matriz afro-brasileira. A capital tem cidade um maior número de descendentes de africanos no mundo, seguida por Nova York, de origem iorubá, vindos da Nigéria, Togo, Benim e Gana (IBGE, 2010).

5.3. CARACTERIZANDO O LÓCUS DA PESQUISA

O CAPSad é um serviço público, gratuito, cuja população-alvo são os usuários de drogas; adultos, crianças e adolescentes de ambos os sexos, que apresentem transtornos físicos, psíquicos e/ou sociais decorrentes do consumo abusivo ou da dependência física e psicológica.

Os CAPSad foram instituídos formalmente em 2004, como uma nova proposta que adotava a diretriz clínica-política da redução de danos, valorizando o trabalho em rede (BRASIL, 2008).

O modelo do CAPSad busca a valorização da convivência junto à comunidade e à família, sendo um instrumento relevante na efetivação da política do

cuidado e no respeito à cidadania dos usuários com dependência química (BRASIL, 2008).

O CAPSad funciona de segunda a sexta-feira, das oito (08) às dezessete (17) horas. As práticas integrativas; de tecelagem, autocuidado, música, modelagem, letramento, cinema, prendas, desenho e pintura através de oficinas compõem as atividades terapêuticas assistenciais da referida instituição, sendo que o objetivo principal é a integração social e o distanciamento do indivíduo do uso prejudicial de drogas.

5.4. SUJEITOS DA PESQUISA

Foram três mulheres que apresentavam o poliuso de drogas matriculadas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas que atenderam aos critérios de inclusão e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado.

5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO

Foram incluídas as usuárias assistidas no CAPSad que tinham idade igual ou superior a 18 anos que apresentavam o TUA ou poliuso de drogas independentemente de qualquer etnia, raça, designação religiosa, orientação sexual, status social, renda, nível educacional e que assinaram o TCLE apresentado, selecionadas em caráter intencional.

Foram excluídas do estudo as usuárias assistidas no CAPSad as usuárias que não tinham o transtorno por uso de álcool e/ou que não aceitaram participar do estudo e/ou não assinaram o TCLE apresentado.

5.6. A COLETA E A PRODUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

A coleta dos dados ocorreu no mês de novembro de 2015. A princípio foi realizado um levantamento de todos os prontuários que representavam o universo das mulheres assistidas no CAPSad desde a sua fundação, ou seja, compreendeu o período entre 2012 a 2015.

O número de mulheres entrevistadas foi definido seguindo os critérios de inclusão pré-estabelecidos, ou seja, foram identificadas seis mulheres com transtorno por uso de álcool associado a outras drogas, (conforme informações da equipe técnica).

Das seis mulheres destacadas para colaborar com a pesquisa, uma apresentou incompatibilidade do seu exercício laborativo com o acompanhamento psicossocial (conforme informações da equipe técnica) abandonando o tratamento.

A segunda não estava frequentando o serviço de saúde mental por conta do seu estado de saúde bastante comprometido (conforme informação colhida com a Maria Quitéria, participante da pesquisa e reforçada pela equipe técnica). A terceira não apresentava o transtorno por uso de álcool, apenas era usuária de álcool. Assim, chegamos as três participantes do estudo.

Na primeira coleta de dados, foi aplicado o formulário pré-teste, ocasião em que se verificou que algumas perguntas respondidas denotavam um certo tipo de dificuldade, sendo feitas pequenas adequações. A organização dos dados ocorreu por meio de oito categorias empíricas: (i) A iniciação do uso de álcool e outras drogas; (ii) Os elementos motivacionais para o uso prejudicial de álcool e outras drogas; (iii) Os transtornos por uso de drogas e seus danos; (iv) As mulheres com transtorno por uso drogas: preconceito e estigma; (v) Os Transtornos por uso de drogas e as situações de vulnerabilidade social; (vi) Os transtornos por uso de drogas: violências e transgressões; (vii) Os transtornos por uso de drogas : os desafios enfrentados; (viii) Redes Sociais/Avaliando um CAPSad na cidade de Salvador/Bahia.

As entrevistas duraram em média uma hora e dez minutos, pois foi dada a liberdade para que as participantes do estudo se debruçassem sobre os conteúdos além do questionado. Foram gravadas mediante o consentimento formal e a assinatura do termo de consentimento, e em seguida foram transcritas na íntegra para que fossem realizadas a codificação, a categorização e análise dos achados.

5.7. ANÁLISE DOS DADOS

Durante as transcrições dos dados foram percebidos alguns problemas técnicos no gravador de áudio utilizado, porém não houve maiores prejuízos devido

aos documentos institucionais e aos registros de memórias da pesquisadora acerca dos diálogos realizados previamente com as informantes.

É importante ressaltar que os nomes utilizados nos casos foram fictícios, fazendo-se um regaste histórico que homenageia as heroínas mulheres que se destacaram na luta pela liberdade e pela promoção de mudanças políticas na Bahia e no país.

Minayo (2007) endossa que o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa ocorre em três etapas: (i) fase exploratória; (ii) trabalho de campo que consiste em levar para a prática empírica a construção teórica; (iii) análise e tratamento do material empírico.

O processo de trabalho científico desta pesquisa qualitativa foi dividido em momentos: (i) a revisão de literatura sobre os principais trabalhos científicos publicados nos últimos anos e a adequação das orientações recebidas durante o Mestrado. A pesquisa de literaturas se concretizou por meio de consulta de livros e bancos de dados de: CETAD, Bireme, SciELO, FIOCRUZ, CAPES, Google acadêmico, entre outros sites relacionados ao tema na internet. (ii) Foi realizada a coleta dos dados através de observação direta, fonte documental e da entrevista realizada pela pesquisadora. Este momento foi caracterizado como a fase empírica da pesquisa, que permitiu a construção do perfil psicossocial das participantes. (iii) Foram realizadas a seleção, a análise e a interpretação dos dados coletados, sendo indispensável à revisitação das literaturas específicas para promover a discussão teórica da temática juntamente com os achados empíricos. (iv) Foram realizadas a apreciação dos resultados e a elaboração das considerações finais baseadas na análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Os dados do roteiro da entrevista foram instituídos em blocos: Bloco A: dados sociodemográficos; Bloco B: dados relativos à configuração da estrutura familiar em relação ao uso de drogas; Bloco C: dados relativos aos aspectos sobre o padrão de consumo de álcool e outras drogas; Bloco D: dados relativos aos aspectos sociais em virtude do uso prejudicial de drogas; Bloco E: Redes Sociais/Avaliando um CAPSad na cidade de Salvador/Bahia.

Embora o trabalho tenha se pautado na perspectiva dos impactos do transtorno por uso de álcool associado a outras drogas na trajetória de vida das mulheres entrevistadas, o Bloco E - (Redes Sociais/Avaliando um CAPSad na

cidade de Salvador/Bahia) se apropriou de alguns parâmetros norteadores da pesquisa AVALIAR CAPS NORDESTE realizada em 2014 sob a coordenação da Prof. Dra. Ana Maria Pitta Fernandes.

Este é um excelente instrumento para avaliar de que forma está ocorrendo a inserção de mulheres na referida instituição, revelando o nível de satisfação com este equipamento que compõe a rede de cuidado em saúde mental.

6. CAPÍTULO 5:

6.1. RESULTADOS:

QUADRO 2- CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Caracterização das Mulheres	Maria Quitéria	Ana Néri	Joana Angélica
Idade	43 anos	59 anos	42 anos
Naturalidade	Bahia	Paraíba	Bahia
Escolaridade	Primário incompleto	1º grau incompleto	1º grau incompleto
Raça/Etnia	Se auto declarou parda	Se auto declarou parda	Se auto declarou parda
Estado civil	Solteira	Viúva	Solteira
Prole	Um filho	Três filhos	Sem filho
Ocupação	Artesã	Autônoma/biscate	Autônoma/Flanelinha
Renda	R\$ 880,00	Sem renda fixa	R\$ 30,00 a 40,00 por dia
Religião	Catolicismo	Evangélica neopentecostal	Candomblé
Orientação sexual	Bissexual	Heterossexual	Homossexual

CASO 1 - MARIA QUITÉRIA

"Se a pessoa pisa no meu calo não conto dois tempos"
(MARIA QUITÉRIA, 2015).

Assistida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPSad desde 14/05/2013, poliusuária de drogas (Tabaco + Álcool + Crack + Cocaína + Cola de sapateiro + Loló¹+ droga intravenosa não especificada), porém demonstrou uso prejudicial de álcool, crack e tabaco. Maria Quitéria ingressa ao Serviço de Saúde Mental para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas cuja expectativa inicial era abstinência total das drogas, sendo contra-referenciada (instituição religiosa/CAPS) resultado de um acordo proposto pela responsável do estabelecimento religioso onde se encontrava acolhida, devido aos seus constantes episódios de agressividade dentro da unidade, quando apresentava sintomas de intoxicação por drogas. ***"só fica aqui se procurar ajuda"***. Maria Quitéria inicia o uso de drogas na infância ***"O primeiro que eu comecei a usar foi o cigarro aos 7 anos, Hollywood, depois aos 13 anos usei o crack e o álcool e aos 18 anos usei a cocaína"***. Correlacionando o início do uso das drogas às cotidianas situações de maus-tratos sofridos em seu próprio ambiente familiar cuja agressora principal era sua genitora ***"Aos sete anos fugi de casa, minha mãe me esbagaçava muito, judiava muito de mim [...] ,ela era muita rigorosa, já até queimou minha mão (mostrou a mão)"***. Esgota o enfrentamento dessas situações culminando no abandono do lar precocemente aos sete anos de idade e na sua entrada ***no "mundo das drogas"*** atenuando as situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que já sofria devido a condição de hipossuficiência econômica familiar ***"Durmo na rua, com todas as covardias"***². Relatou que cresceu num ambiente familiar arbitrário, conflituoso e violento, com falta de diálogo intra-familiar, sem nenhuma estimulação ao fortalecimento dos laços afetivos, com modelos negativos

1 De acordo com CEBRID [s.d.] O "cheirinho" ou "loló" ou ainda o "cheirinho da loló" é uma droga à base de clorofórmio mais éter de preparo clandestino.

e com severas práticas de violência como mecanismo de manutenção do controle familiar. Demonstrou forte traço agressivo desde a infância apresentando importantes dificuldades de manutenção de relações interpessoais amigáveis, persistindo os desvios comportamentais e de conduta na fase adulta, e ainda a insubordinação aos cumprimentos de regras sociais básicas ao longo da vida, tendo até mesmo registros em delegacia em resposta de tais comportamentos abusivos **“Na escola, eu cuspi na cara dos outros, metia papel na cara da professora, namorava escondido”**. Sua percepção da necessidade de fazer o uso de drogas é vista como uma forma de “apagar” as fases ruins de sua vida **“Eu quando uso drogas, passo dias só usando, não como, não durmo, não faço mais nada, quero parar de vez com isso senão eu vou morrer.” & “Eu bebia quando eu queria, quando eu me chateava aí que eu mais bebia mesmo e fumava também (Crack), se eu não tivesse com dinheiro, num instante aparecia, eu tomava logo emprestado, pegava na boca fiado, porque eu sempre pegava e pagava.”** No aspecto do antecedente mórbido familiar em relação ao uso prejudicial de drogas não existe registros e nem comentários. No que tange a trajetória profissional nunca esteve em emprego fixo, se envolvendo em atividades laborais informais, com baixa remuneração, vínculos frágeis e sem nenhum tipo de prestígio social. Atualmente sua renda refere-se ao Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC) no valor de um salário mínimo (R\$ 880,00) concedido em resposta ao seu quadro de saúde, pois além de apresentar o transtorno por uso de álcool, é soropositiva, e ainda sofre com outros diagnósticos elencados (disfunção circulatória e respiratória), sendo que a última enfermidade citada, o uso abusivo do crack e tabaco se apresentaram como elementos agravantes do seu quadro clínico. A concessão do benefício assistencial permitiu a reconstrução de sua história pessoal e autonomia financeira, favorecendo a criação de uma nova fase em sua vida **“Antes de eu me aposentar (antes de receber o BPC) eu sempre metia a mão no lixo, e se for preciso eu meto!”** ao mesmo tempo que confessou que por diversas vezes penhorou seu benefício e saldou dívidas referentes a compra de

²covardia – é a exposição a toda e qualquer situação de violência que as pessoas em situação de rua se apresentam vulneráveis.

drogas, revelando que atingiu o status de ser uma boa compradora, porque quitava em dias suas dívidas, lhe sendo concedido até mesmo uma “linha de crédito” devido a confiança que o dono da “boca de fumo” lhe prestava **“Agora que eu tenho meu dinheiro, eu fazia dívida na boca (boca de fumo), era a conta do salário certinho, eu não passava de 10 centavos, quando eu pegava meu dinheiro ia direto no boqueiro, pagando e devendo [...] eu pegava e ficava devendo.”** Situações de preconceito e estigma por fazer uso abusivo de drogas foram relatadas pela entrevistada **“Já me disseram: quem é doido de confiar em uma drogada?”**. A informante ainda expressou que a vergonha, a culpa e a tristeza crônica são sentimentos periódicos e recorrentes na sua vida, frutos da sua situação atual e da negação do seu papel materno, compreendido na impossibilidade de manutenção de uma relação sadia com sua filha que se encontra sob a tutela da madrinha desde o nascimento, fato que afetou diretamente no estabelecimento do vínculo afetivo e na sua referência materna. As alterações comportamentais, surtos psicóticos e os pensamentos suicidas (alucinações visuais e auditivas) **“Há três anos eu só bebia e chorava [...] eu queria me matar, por diversas vezes eu pensei em me matar”** são relatadas como consequências do uso prejudicial das drogas, juntamente com o isolamento social, o nervosismo, o desânimo, a ansiedade, a agressividade, mágoa, a baixa tolerância, a variação de humor, as perdas afetivas com os pontos da rede social que compunham o seu cotidiano (família, amigos, igreja e outros segmentos sociais), além disso, dos intensos internamentos médicos, inclusive, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que algumas situações de risco de morte foram também outros agravos identificados por conta do uso abusivo de substâncias psicoativas conforme os depoimentos orais e os registros diários no prontuário **“Eu já fui internada na CAASAH, Hospital Otávio Mangabeira, no Hospital Couto Maia, no Hospital das Clínicas, no Quinto Centro, no CEDAP e aqui no posto de saúde do CAPS”**. A abstinência total é assinalada como uma expectativa e até mesmo um desafio a ser conquistado. No que tange ao suporte das redes sociais revelou que não recebeu de seus familiares nem o acolhimento e apoio, pois não possui nenhum tipo de contato e vínculo afetivo, desconhecendo até mesmo o paradeiro dos mesmos **“Da minha família, nem sei dizer se minha mãe ainda é viva, só sei dizer de minha filha” & “Eu só tinha amigos quando eu tinha dinheiro e droga,**

quando eu não tinha dinheiro e drogas, meus amigos eram os estranhos que me davam socorro e Deus” .Contudo, revelou que recebeu muito apoio e incentivo de uma instituição religiosa a qual fez parte por um certo tempo, tanto na busca como no acompanhamento de seu tratamento, acrescentando que a sua afiliação religiosa foi um fator positivo e congregador para a redução do uso de drogas. ***“Eu tenho fé que tem um Deus muito forte que possa me livrar disso”*** apresentando-se emotiva ao mencionar à referida instituição religiosa que a acolheu e até mesmo classificou a responsável pelo estabelecimento como ***“a mãe que não teve”***, pelo tamanho carinho dispensado, embora mais tarde em um surto de agressividade esta relação é desfeita, pois acaba ***‘dizendo coisas que desejava falar a sua mãe natural’*** relatando este fato com pesar e ressentimento. No que diz respeito às atividades terapêuticas propostas pelo Centro de Atenção Psicossocial se apresentou consciente e sensível no que se refere à relevância do tratamento e sua manutenção, sendo foco da abordagem o auto controle e a reinserção social como ferramentas para a minimização dos danos do uso prolongado de drogas. Porém ainda apresenta resistência na realização de algumas atividades recomendadas. No momento da entrevista encontrava-se em situação de rua e abstinente apenas do crack.

CASO 2 – ANA NÉRI

“Na minha vida, sempre tive que me acostumar com as mudanças”
(ANA NÉRI, 2015).

Assistida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPSad desde 17/07/2012, poliusuária de drogas (Tabaco+ Álcool). Ana Néri ingressa ao Serviço de Saúde Mental para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas cuja expectativa inicial era abstinência total das drogas, buscando o serviço espontaneamente, pois já acompanhava a sua filha que apresentava o uso problemático de drogas, posteriormente torna-se uma usuária assistida pelo Serviço denominando este fato como uma **“ironia do destino”**. Ana Néri inicia o uso de drogas na adolescência sobre forte influência do seu cônjuge, no próprio espaço familiar, sendo tabagista há 31 anos **“Comecei a fazer uso do álcool e o cigarro com 18 anos, depois que me casei, comecei a abusar de tudo”**. Reside sozinha em condições insatisfatórias na periferia de Salvador. Referente ao seu histórico pessoal, narra que nasceu gêmea e por dificuldades econômicas em manter os dois filhos sua mãe optou por cuidar do seu irmão deixando-a sobre a tutela de seu pai **“Minha mãe me abandonou e levou meu irmão”**. Diante disso, cresceu sobre os cuidados do seu genitor e madrasta, num ambiente familiar arbitrário, com regras bastante rigorosas, com ausência de diálogo intrafamiliar e com pouca estimulação ao fortalecimento de laços afetivos. **“Meu pai nunca me deu um abraço”**. Casa-se mais tarde, à revelia, para atender aos interesses financeiros da família, sendo que este casamento “arranjado” torna-se uma experiência penosa em sua vida marcada pelo alcoolismo, violência doméstica e pela intolerância. **“Eu bebia porque meu marido me maltratava muito, ele me ensinou tudo, até o que não prestava”**. No que tange a trajetória profissional, por um certo tempo gozou de estabilidade econômica, tendo vínculo empregatício com boa remuneração, mas num momento de crise econômica perde-o por conta de “cortes”, sendo obrigada a se envolver em atividades laborais informais, com baixa remuneração, vínculos frágeis e sem nenhum tipo de prestígio social, no momento da entrevista fazia variados “biscates”, sendo que o valor de sua renda não foi divulgado. Correlacionou a sensação de abandono por parte de sua mãe, à perda da instabilidade econômica

causada pela extinção do vínculo empregatício formal, a violência doméstica e as perdas afetivas de entes queridos num curto espaço de tempo (dois filhos e o cônjuge) como elementos determinantes no uso abusivo de drogas **“Quando meu marido morreu, meu filho e minha filha, eu me joguei mesmo [...]”** ocorre a progressão do uso abusivo de drogas à medida que acontecia cada um desses eventos fatídicos em sua vida, confessando que já havia consumido em um só dia cerca de 130 cigarros, quatro garrafas de aguardente e que tolerava beber de 15 a 20 dias, ininterruptamente, revelando assim a sua capacidade de auto agressão. A transmissão transgeracional³ e o antecedente mórbido familiar compõem a trajetória de sua vida, onde seu filho, filha e esposo aparecem como vítimas diretas do uso prejudicial de drogas, em especial, sua filha e o esposo apresentavam o transtorno por uso de álcool. Na entrevista foi descrito pela informante que o seu esposo sofria com o TUA, resultado do consumo prolongado e abusivo de álcool, e que na ocasião do seu atropelamento em via pública, que fatalizou em sua morte, apresentava os reflexos psicomotores reduzidos por conta do uso prejudicial de álcool. Seu filho fora assassinado por conta do envolvimento com o tráfico de drogas e sua filha, que já se encontrava em acompanhamento psicossocial no lócus da pesquisa, suicidou-se, destacando que este último acontecimento lhe tirara a **“vontade de viver”**, iniciando uma fase difícil na vida de Ana Néri, pois agravaram os sintomas depressivos que se apresentavam acompanhados de pensamentos suicidas. A percepção da necessidade de fazer o uso de drogas pela participante da pesquisa justifica-se que o álcool e tabaco **‘são excelentes analgésicos para aliviar as dores que a vida lhe provocou’**. O preconceito e estigma foram destacados como situações constrangedoras sofrida pela entrevistada por fazer uso abusivo de álcool **“ Quando ficava bebendo, o povo olhava pra minha cara com desprezo, eu bebia muito.”** O isolamento social, as perdas afetivas, a dificuldade de manutenção do relacionamento interpessoal não conflitante, a incapacidade do estabelecimento do auto controle, a intolerância foram os danos relatados como repercussões do uso prejudicial de drogas **“Eu dei três facadas em meu marido porque ele me deu uma tapa [...] agora que eu me brandei mais, agora que eu dei pra ir pra igreja.”** Destacam-se em seu prontuário os registros de

³A transmissão transgeracional definida quando os pais e outros familiares ao fazer uso de drogas são vistos como modelos negativos e incentivadores. (GUIMARÃES, *Et al*, 2009).

internamentos médicos por conta do uso abusivo de drogas **“Eu havia bebido muito, passei mal, o rapaz chamou o SAMU⁴, quando o médico veio eu disse: Doutor, eu estou em fase terminal [...], eu pensei que ia morrer.”** Alterações comportamentais (crises constantes de choros, tristeza profunda, a sensação de abandono pela família constituída, pensamentos negativos, nervosismo, a presença do quadro de ansiedade, desânimo, irritabilidade, insônia, sudorese intensa, alucinações também foram descritos como danos por conta do uso nocivo de drogas, sendo que os quatro últimos sintomas citados foram relatados como consequência da tentativa de parar o uso de álcool **“quando eu parava de beber, parecia que eu ia morrer”**. No que tange ao suporte das redes sociais (família, amigos, igreja e outros segmentos sociais), que compunham seu cotidiano, revelou que não recebeu de seus familiares nenhuma espécie de apoio e acolhimento nem na busca de ajuda e nem no acompanhamento do tratamento, sendo que seu grupo familiar se demonstra alheio a sua situação, fenômeno que lhe causa imenso ressentimento **“Eu não tenho ninguém para me dá apoio, só sobrou meu filho e ele não liga pra mim”**. Todavia, a sua afiliação religiosa se apresentou como um elemento promovedor do resgate de sua auto estima, positivo e de suma relevância para a redução do tabaco e da abstinência de álcool, exibindo uma memória afetiva ao lembrar o convite para comparecer a igreja. **“Um dia eu tava bebendo, bebendo muito [...] um rapaz da Igreja (Evangélica Neopentecostal) veio comprou um lanche e me convidou pra comparecer, foi a minha salvação, até hoje faço parte & “Só consegui parar de beber quando entrei pra igreja”**. Na ocasião da entrevista apresentava a abstinência de álcool, porém não do tabaco.

⁴SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

CASO 3 – JOANA ANGÉLICA

“Eu nem sei porquê eu bebia”

(JOANA ANGÉLICA, 2015).

Assistida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPSad desde 14/06/2012, poliusuária de drogas (álcool + cocaína + loló), porém a última droga citada ficou apenas na experimentação. Joana Angélica ingressa ao Serviço de Saúde Mental para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas cuja expectativa inicial era abstinência das drogas. Buscou o Serviço de forma espontânea após o convite dos redutores de danos da instituição estudada, quando estava em situação de rua, apresentando uma memória afetiva ao relembrar o primeiro dia de ingresso ao CAPS. Joana Angélica revelou que iniciou o uso de drogas na infância motivada pela curiosidade, sendo influenciada pelo seu irmão mais velho no próprio espaço familiar, pois no anexo de sua residência localizava-se o bar gerido pela sua família, sendo que este fato se descreve como um elemento facilitador para o uso precoce de bebidas alcoólicas, que mais tarde culmina no uso progressivo de álcool associado a outras drogas. ***“Eu comecei a beber por curiosidade mesmo [...], Eu tinha 12 anos, eu e meu irmão bebia cerveja escondido, meu pai tinha um bar, ele nem desconfiava[...] Meu irmão abria e eu dizia: também quero!, uh!! uma cervejinha gelada, era um gole de cada, pegava duas cervejas antigamente era Antártica, eu subia era doida, minha mãe nem notava [...].”*** Reside sozinha em condições insatisfatórias na periferia de Salvador, no entanto permanece em situação de rua por desejo próprio, em certas temporadas. A informante cresceu em ambiente familiar saudável e adequado, porém com falta de diálogo intrafamiliar e com pouca estimulação ao fortalecimento dos laços afetivos. No aspecto de antecedente mórbido familiar, seu irmão e tio aparecem como vítimas diretas do (TUA). Estas mortes relacionadas ao uso prejudicial de álcool foram eventos que lhe causaram medo intenso, fazendo que a informante se empenhasse para o alcance da abstinência das drogas. Entretanto só conseguiu a redução do uso de drogas por um curto período.

Correlacionou a separação litigiosa de seus pais e o convite de sua amiga como elementos motivadores para a iniciação de sua jornada no uso e tráfico de cocaína, sendo que o envolvimento com esta atividade ilícita foi compreendido como uma alternativa de trabalho diante da ausência de um vínculo trabalhista formal, justificada pela necessidade de prover a manutenção do seu grupo familiar que se encontrou vulnerável após a separação dos pais, e ao mesmo tempo foi um marco no cumprimento recorrente de sanções por conta desta atividade ilegal. **“[...] *Aí minha mãe se separou do meu pai, eu fui morar no São Miguel, eu comecei a vender (cocaína) eu não ia ficar vendo minha mãe comer macarrão sem tempero!. Meus irmãos não trabalhavam [...]. Depois uma amiga me chamou para vender cocaína, comecei a vender... aí um dia eu quis usar... usei... então eu comecei a vender e usar.*”** Sua percepção da necessidade de fazer o uso de drogas é vista como uma forma de integrar e preencher a solidão, pois costumava fazer uso de drogas em grupos fixos. No que tange a trajetória profissional nunca obteve um emprego fixo, se envolvendo com atividades laborais informais, com baixa remuneração, vínculos frágeis e sem reconhecimento social, sendo que sua renda atual resulta da sua atividade como “flanelinha” que permite acumular entre R\$ 30,00 a R\$ 40,00 reais por dia. O isolamento social, as perdas afetivas com os pontos da rede social que compunham o seu cotidiano (família, amigos, igreja e outros segmentos sociais) foram consideradas como repercussões negativas do uso abusivo de drogas. Contudo, revela uma forte religiosidade depositando que sua fé em Deus promoverá o alcance da abstinência e a superação das aflições causadas pelo seu envolvimento com as drogas num momento futuro **“*Com a força de Deus que foi consegui parar de beber*”**. Os diversos registros em prontuário de internamentos médicos, inclusive, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por conta de overdose por cocaína, as situações de riscos de morte e as alterações comportamentais e emocionais (alucinações visuais e auditivas, irritabilidade, agressividade, vergonha, desânimo, tristeza, baixa tolerância, variação de humor e sentimento de revolta) foram identificados também como danos resultantes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. **“*Teve um tempo que eu pensava que tinha alguém me perseguido, brigava com todo mundo, eu***

ficava vendo pessoas.” Algumas situações de preconceito e o estigma por fazer uso abusivo de álcool foram relatadas durante a entrevista **“[...] se eu pedi dinheiro, a maioria me dá as coisas, não me dá dinheiro, pensa que eu vou comprar álcool” & “ [...] eu travada (alcoolizada), entrei na farmácia, eu brinquei com a menina , a menina disse que eu queria roubar.”** A abstinência total é assinalada como uma expectativa tanto do sujeito participante da pesquisa como de seus familiares, porém a entrevistada relata que o desafio maior seria suportar os sintomas desconfortáveis apresentados na fase da abstinência alcoólica **“Quando eu parava de beber ficava tremendo, eu tomava três passava(três doses de bebidas alcoólicas), da última agora não passou não rapaz, eu quase morro [...] fiquei vomitando verde, fiquei um mês internada no Hospital das Clínicas, por isso que eu volto a beber ”.** No que tange ao suporte social, revelou que não recebeu apoio e acolhimento de seus familiares, sendo que seu grupo familiar demonstra intensa descrença no seu potencial de mudança, havendo um completo “desgaste” nas relações, resultado do convívio conflituoso e os intensos episódios de agressividades tanto no espaço intrafamiliar como extra familiar. As detenções, prisões e suspensões no local da pesquisa por indisciplina, demonstram que as transgressões compõem a sua vida e revelam a insubordinação aos cumprimentos de regras sociais básicas e as normativas legais **“Já tomei tiro, já dei pinote (correr da polícia), tomei duas cadeias, uma federal e uma detenção.” & “Já quebrei dois vidros... (referido do Capsad) embriagada, travada, me cortei,um mês de suspensão”.** Contudo, em relação às atividades terapêuticas propostas pelo Centro de Atenção Psicossocial demonstrou uma postura bastante sensível e consciente no que se refere à minimização dos danos do uso prolongado de drogas e a reinserção social. Na ocasião da entrevista encontrava-se em abstinência do uso da cocaína há 7 anos e do álcool há 22 dias. Este fato repercutiu numa melhora significativa do seu quadro clínico. Todavia, no término da coleta dos dados desta pesquisa sofreu uma recaída,tornando a fazer uso de álcool.

6.2. DISCUSSÕES

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012) realizado pelo INPAD demonstrou que cerca de 5,7% da população brasileira são dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando o universo de 8 milhões de pessoas no Brasil que podem ser classificadas como polidependentes de drogas (LENAD, 2012).

Para o CAPSad, campo da pesquisa, o atendimento dos denominados poliusuários de drogas já se apresenta como o primeiro desafio, pois revela a necessidade da apreensão de medidas terapêuticas ajustadas em relação a: tipo de droga e as suas associações, a exposição ao consumo, o meio social e as características biopsicossociais do indivíduo que a consome.

Entretanto, devemos ter claro que existem quatro tipos de usuários de drogas: (i) o **usuário experimentador** que consome uma ou várias drogas motivado pela curiosidade. Em geral esse contato não ultrapassa as primeiras experiências; (ii) o **usuário ocasional** que consome descontinuamente uma ou várias drogas, não estabelecendo a chamada dependência; (iii) o **usuário habitual ou funcional**, que faz uso contínuo de drogas, se encontrando susceptível ao quadro de dependência; e (iv) o **usuário dependente ou disfuncional** (toxicômano, drogadito, dependente químico), que vive exclusivamente para o consumo da droga (UNESCO, 1985).

As narrativas das mulheres trazem suas trajetórias de vida entrelaçadas pelo consumo de álcool associado a outras drogas, onde a história progressiva ao uso de drogas demonstrou como o convívio num ambiente familiar não saudável e inadequado, com modelos negativos e com pouca estimulação ao fortalecimento dos laços afetivos, favoreceu diretamente o uso problemático de drogas.

Conforme o enfoque biomédico, a síndrome da dependência de álcool configura-se de forma lenta e gradativa, com uma média de 15 anos após o uso continuado e diário para se instalar, obedecendo ao padrão de consumo acima de 40 gramas de álcool por dia (NARDI e NUNES, 2000).

Nota-se que, de acordo com a literatura supracitada, foi na fase adulta que as mulheres entrevistadas iniciaram o uso abusivo de drogas. E somente cerca de vinte anos após a primeira experimentação de bebidas alcoólicas associada a outras

drogas é que elas começaram a sofrer com as primeiras repercussões do transtorno por uso drogas em suas vidas.

A pesquisa destacou que o consumo de álcool e outras drogas está se iniciando mais precocemente. Analisando o binômio idade/iniciação do uso de drogas, nas narrativas de Joana Angélica (42 anos/início aos 12 anos) e Maria Quitéria (43 anos/início aos 13 anos,) pertencentes à mesma geração percebemos que experimentaram drogas muito mais cedo do que Ana Néri (59 anos/início aos 18 anos), que se encontra numa faixa etária mais avançada.

Diante disso, existe um consenso de diversos estudos recentes (CEBRID & CISA, 2010 ; 2014 entre outros) a respeito da mudança do padrão de consumo de drogas no Brasil, confirmando que as novas gerações estão fazendo o uso de drogas cada vez mais cedo. Todavia, além da precocidade da experimentação estão consumindo em quantidade mais elevada, devido ao fácil acesso e o baixo custo destas substâncias no mercado.

No que tange as motivações do uso de álcool e outras drogas foram diferentes eventos e circunstâncias apontados como “efeito gatilho”. No caso de Joana Angélica, a mera curiosidade é assinalada como um elemento motivador para a primeira experimentação de droga.

A curiosidade é algo pertinente à juventude, compreendida como uma fase delicada, perigosa e de risco, onde o uso de álcool é motivado pelo simples desejo da experimentação de algo novo, principalmente devido ao seu efeito, visto como um elemento de aproximação dos amigos, promovedor da desenvoltura e da desinibição além de incentivar a integração social (PINSKY e BESSA, 2009).

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, a família pode ser um fator de risco como de proteção, que se definirá diante do seu posicionamento e dos tipos de modelos adotados. Podendo se apresentar como um núcleo incentivador ou inibidor no uso de drogas, onde a convivência com pessoas que fazem uso/abuso de drogas estimula a reprodução do consumo de drogas por meio da formação do antecedente familiar (GUIMARÃES *et al.* ,2009).

No que concerne ao transtorno por uso de álcool e outras drogas, as situações de violência presentes nos relatos de Maria Quitéria e Ana Néri conferem que a violência intrafamiliar (na infância) e conjugal foram identificadas como elementos incentivadores para o estabelecimento do uso problemático de drogas.

No cenário atual, o fenômeno da violência é tido como um evento presente no cotidiano de muitas famílias. Permeia todas as classes sociais, idades, segmentos sociais. Porém alguns grupos populacionais são mais vulneráveis a este fenômeno, tais como; as crianças, as mulheres, os adolescentes e as pessoas idosas (BITTAR e NAKANO, 2011).

Complementando esta ideia, Filho e André (2002) afirmam que o uso de álcool está associado a eventos de violência em diferentes contextos. Em geral, os episódios de violência envolvem os indivíduos em situação de intoxicação ou quando iniciam o processo abstinência alcoólica.

De acordo como Relatório da Central de Atendimento à Mulher – ligue 180, realizado de janeiro a junho de 2014, a Bahia é o segundo estado mais violento do país. A violência doméstica é responsável por 9,8 assassinatos para cada 100 mil mulheres. Cerca de dois a cada dez brasileiros já foram vítimas de algum tipo de violência física na infância. Destes, em 20% dos casos a vítima relatou que o abusador havia ingerido alguma bebida alcoólica na ocasião.

No modelo de sociedade patriarcal, a violência de gênero se configura quando os homens detêm o poder e assim decidem como deve conduzir os demais gêneros, lhe atribuindo o domínio de rechaçar toda e qualquer postura desviante e até mesmo podendo recorrer à prática de violência. Muitas vezes este domínio se apresenta legitimado pela própria sociedade (SAFFIOTI, 2001).

Inúmeras são as complicações e os prejuízos ocasionados pelos transtornos por uso de álcool associado a outras drogas, principalmente quando são classificados como poliusuários de difícil manejo. Os danos podem se apresentar nas ordens social, afetiva, emocional e até mesmo como danos à saúde, entre outros.

As falas das participantes demonstraram que os principais danos sociais foram à perda dos vínculos afetivos, em especial, com boa parte dos familiares, amigos e instituições sociais, as quais faziam parte do seu cotidiano antes do uso problemático de drogas.

A vivência de situações constantes de isolamento social, a dificuldade de manutenção do relacionamento interpessoal, a promoção do autocontrole e a negação do papel materno foram identificados também como repercussões sociais referentes ao uso abusivo de drogas.

A perda do carinho, do cuidado, da proteção, da ambição, da credibilidade e confiança em si mesma e da estima foram prejuízos afetivos e emocionais percebidos também no estudo como danos nas vidas das mulheres pesquisadas em virtude do uso prejudicial das drogas.

Vale mencionar que o fenômeno das drogas é compreendido como um evento multicausal. A mudança dos valores morais, o estabelecimento de novas relações sociais, a pauperização, a fragilidade e a desestruturação das famílias, o mercado competitivo, a busca pela solidificação da independência individual e o surgimento de novos fenômenos sociais, resultado da evolução societária, incentivaram a adoção de condutas de riscos, como o uso de drogas (LIMA, 2008).

Silva *et. al* (2010) advertem que não somente as características particulares das mulheres devem ser consideradas ao analisar o surgimento do transtorno por uso de álcool e outras drogas, existindo outros relevantes fatores, denominados como predisponentes, tais como ambientais, culturais, mídia, bem como fatores psicológicos singulares.

É interessante relacionar que o álcool é a droga lícita mais consumida no país e a que mais provoca danos sociais à saúde, sendo o alcoolismo a terceira causa de mortalidade e morbidade no mundo, com uma ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao seu uso abusivo (OMS, 2011).

Trazendo à baila os danos à saúde, os três testemunhos das mulheres participantes da pesquisa indicaram que o uso abusivo de álcool e outras drogas foram os responsáveis pelos inumeráveis atendimentos e internamentos médicos em variadas instituições de saúde. Inclusive alguns desses internamentos foram de longa permanência, devido ao quadro clínico agravado pelo uso abusivo de drogas concomitante.

De acordo com as narrativas, o poliuso de drogas de forma abusiva expôs as mulheres as diversas situações de riscos de morte, deixando evidente que após estas experiências de “quase morte” emergia um período de reflexão sobre as representações sociais e os prejuízos do uso abusivo de drogas, levando a uma fase de abstinência que muitas vezes atingia um curto período.

As representações sociais e as percepções que as drogas assumem para cada indivíduo sempre têm um importante significado para ele, podendo servir para

aliviar as dores e angústias, estimular a criminalidade, enaltecer a violência ou abrandar momentaneamente uma situação de infelicidade (ESPINHEIRA, 2009).

Convém chamar atenção que a análise de diversos registros nos prontuários e das entrevistas foram identificadas como queixas psiquiátricas; as crises constantes de choros, pensamentos negativos, insônia, alucinações visuais e auditivas, nervosismo, sentimentos de culpa, vergonha, agressividade, desânimo, tristeza, pensamentos suicidas e homicidas apresentados no período de abstinência ou quando estavam intoxicadas pelas drogas.

Tanto Maria Quitéria quanto Ana Néri revelaram que sofriam com os pensamentos suicidas em certa fase de suas vidas. Contudo, os registros em prontuário deixaram clara a persistência desses pensamentos por um longo período por Ana Néri, resultado da não elaboração do luto decorrente a morte do seu esposo, filho e filha em um espaço curto de tempo.

Neste contexto, houve a revisão da abordagem profissional em relação ao quadro depressivo apresentado pelas mulheres. A psicoterapia individual/grupal, a terapia medicamentosa e a revisão do projeto terapêutico singular (PTS) das mulheres pesquisadas para o controle dos distúrbios comportamentais associado ao uso de drogas foram formas de manutenção do controle das novas sintomatologias apresentadas.

No entanto, é importante ressaltar que o preconceito e o estigma foram elementos também enfatizados pelas participantes da pesquisa para justificar a baixa adesão de mulheres ao tratamento no serviço de saúde mental, despertando um leque de discussões que envolvem as peculiaridades dos transtornos por uso de álcool associado a outras drogas que acometem as mulheres na atualidade.

Ao tratar a questão 40 do formulário aplicado na entrevista (“Sofreu alguma situação de preconceito por enfrentar problemas com o uso abusivo de álcool?”), de forma unânime responderam que sim, demonstrando a inteira sintonia com os postulados teóricos que discutem a temática ao afirmar que as mulheres com transtorno por uso de álcool sofrem com variadas situações de preconceito e estigma (FILHO e ANDRÉ, 2002).

O processo de estigmatização da mulher com os transtornos por uso de drogas ocorre dentro e fora do seio familiar. Todavia a família apresenta sérias dificuldades em apreender o alcoolismo como uma doença, sendo que muitas criam

a expectativa de que o acompanhamento psicossocial promoverá a abstinência entendida como a única alternativa (SANTOS e SILVA, 2011).

O estigma presente no alcoolismo é encarado como uma questão de caráter individual, resultado da falta de vontade de se libertar, tratando-se de um fracasso pessoal. Nesta perspectiva, ficou evidente o processo de culpabilização dos indivíduos, desprezando a conjuntura (GOFFMAN, 1988).

Cabe lembrar que os dependentes químicos sempre foram intitulados de “viciados”, “vagabundos”, “sem vergonhas”, sendo modelos negativos para a sociedade, onde a cultura midiática fortalece a criação destes estereótipos criminalizados, desprezando o conceito de uma doença a ser tratada (FILHO, 2012 *apud* DUARTE; 2014 p.188).

A necessidade da preservação da autoimagem e até mesmo o processo de reconhecimento das toxicomanias como doenças tipicamente masculinas foram barreiras enfrentadas pelas mulheres entrevistadas. Mencionaram que quando passaram a sofrer com as repercussões mais graves provenientes do uso abusivo de álcool, procuraram o serviço de saúde mais próximo, sendo tratada apenas a sintomatologia emergente, porém o diagnóstico do transtorno por uso de álcool ocorreu alguns anos depois.

Sobre isso, Filho e André (2002) alertam que o diagnóstico dos transtornos por uso de álcool em mulheres ocorre mais tardiamente do que em homens. Logo, a morosidade na busca de ajuda favorece o avanço dos seus danos, sendo isto um reflexo do preconceito cultural existente na sociedade.

Outro fato relevante verificado na pesquisa foi o processo de negação dos reais danos do transtorno por uso de álcool e outras drogas presentes nos discursos das mulheres. Notou-se o não reconhecimento dos problemas clínicos associados ao uso abusivo de outras drogas vistos no agravamento de patologias pré-existentes (hipertensão arterial, disfunção circulatória e respiratória) por Ana Néri e Maria Quitéria, respectivamente, desprezando, assim, a relação causa/efeito ou causa/agravante.

A análise geral do estudo revelou que as mulheres mesmo já se encontrando em acompanhamento psicossocial, os transtornos por uso de álcool associado a outras drogas ainda não são tratados como uma doença recidivante tanto pelas próprias mulheres quanto pelos seus familiares, compreensão esta, que seria

fundamental para os momentos de recaídas, diminuído assim o processo de culpa e os rechaços por parte dos familiares.

Filho e André (2002) denunciam que o processo de negação por parte das pessoas que apresentam o alcoolismo é um fator comum e pertinente à patologia, sendo considerado como um mecanismo de defesa caracterizado como “efeito avestruz”. Ao invés de confrontar o problema, diante do perigo, preferem inumar a cabeça.

O aumento progressivo do TUA associado a outras drogas em mulheres revela dois desafios: um seria a superação dos estigmas e preconceitos que dificultam a adesão ao tratamento, e o outro seria a superação da subestimação da gravidade dos danos na sociedade, isto significa a necessidade de sensibilização da sociedade para o reconhecimento das especificidades deste fenômeno e a promoção de ações que visem a prevenção e a diminuição das repercussões deste problema.

A situação de vulnerabilidade social é caracterizada por situações sociais limites, de pobreza ou marginalidade. Percebemos neste estudo a existência de uma forte ligação destas situações com os transtornos por uso de drogas, especialmente, porque as informantes da pesquisa tiveram suas trajetórias de vida marcadas por intensas situações de exclusão social (DIEESE, 2007).

Sem contar que todas estiveram em situação de rua, apenas uma permanece, tendo como elemento agravante a esta situação, a fome, e as diversas privações das necessidades básicas, compreendidas como as múltiplas expressões da questão social.

Em 2013 um levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPS) do município de Salvador estimou que 3.500 pessoas estivessem vivendo em situação de rua, onde a reintegração familiar e social tornou-se um desafio de alta complexidade.

Outro fato relevante da pesquisa, que mereceu análise e reflexão foi a questão 58 do formulário (“Você já teve algum direito negado?”), apenas uma das mulheres respondeu que sim, apresentando uma plena alienação no não reconhecimento do processo de destituição dos direitos. Apesar das respostas, devemos compartilhar da ideia que a vulnerabilidade social está ligada intrinsecamente ao processo de negação de direitos, à exclusão social.

A violência intra e extra familiar, o desemprego, a pobreza, a miséria, as condições precárias de moradia e até a ausência dela, a falta do acesso às práticas de lazer, de estudo e ao capital cultural. Estas variadas “escassezes sociais” são elementos representativos da sumária negação de direitos ao longo da trajetória de vida das mulheres.

Diante disso, na tentativa de sanar as situações de fragilidade social, recorreu-se à proteção social, através da qual ocorrem os encaminhamentos para a aquisição de benefícios sociais “buscando tornar as mulheres elegíveis para ter direitos”. Essa situação pode ser entendida como a convocação do Estado para amenizar as mazelas sociais, onde a inclusão na rede de proteção social será algo ínfimo, pois somente promoverá as mínimas condições de subsistência.

De acordo ainda com os depoimentos de Joana Angélica e Ana Néri, a superação da síndrome de abstinência é marcada como uma das maiores dificuldades no processo de interrupção do uso de bebidas alcoólicas, sendo um desafio imposto por elas mesmas.

Houve inúmeras tentativas, porém somente Ana Néri alcançou a abstinência de álcool, com forte influência da religião que passa a adotar. Ambas citaram que o mais difícil desta decisão seria suportar a intensidade da sintomatologia, o extremo desconforto promovido pela síndrome de abstinência, mesmo com todo o acompanhamento psicossocial.

Tremores, insônia, ansiedade, agitação, irritação e a fissura foram identificados como os principais sintomas apresentados pelas mulheres provenientes da síndrome de abstinência. De acordo com Torresan e colaboradores (2013) a fissura ou *craving* é o momento em que surge um desejo intenso e quase incontrolável de utilizar a droga, em meio a uma sensação de mal-estar e desconforto físico e psíquico.

Vale mencionar que o ponto da rede social pode ser formado pela família, amigos, instituições religiosas, a escola, a vizinhança entre outros segmentos sociais que compõem a vida cotidiana dos indivíduos, vistos como agentes sociais indispensáveis para a sociabilidade e para o desenvolvimento humano (CARRIEL *et al.*, 2013).

As redes sociais têm a finalidade; (i) proporcionar o exercício da cidadania e solidariedade; (ii) possibilitar a criação de vínculos positivos por meio da

interação;(iii) dar oportunidade para o compartilhamento de informações, conhecimentos e busca de soluções; (iv) estimular pessoas, grupos, comunidades e instituições para a otimização dos recursos comunitários, entre outras funções (CARRIEL *et al.*, 2013).

Em relação à questão 63 (“Na sua opinião o que poderia ser feito para elevar a adesão ao tratamento do alcoolismo?”), as respostas aludiram à importância do apoio da família desde a busca de ajuda e até no acompanhamento do tratamento. A família é entendida como um conjunto de pessoas que mantêm vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência (MS, 2002).

Entre os variados pontos da rede social, de fato a família se destaca como o mais importante, reconhecida como o primeiro núcleo educativo, de interação e de socialização dos indivíduos.

Portanto, deve ser dentro da família que deverão ser repassados os valores morais e éticos para a formação de uma identidade cidadã. Quando o indivíduo apresenta os transtornos por uso de álcool associado a outras drogas, a família passa a exercer um papel fundamental na acolhida.

As mulheres em estudo alertaram que a não aceitação do tratamento inicialmente foi a principal causa da morosidade em procurar ajuda, sendo que o tempo médio, após a percepção da mudança comportamental, foi de cinco anos. Ressaltaram que não enfrentaram nenhum tipo de obstáculos na busca de ajuda, apesar de que nenhuma teve o apoio da família, sendo esta postura extensiva ao acompanhamento do tratamento.

No que diz respeito à rede social, as mulheres em estudo revelaram que essa “desassistência” por parte da família causou expressivamente muita tristeza e mágoa, sendo relatadas com muito pesar.

Todavia, a revisão de diversos estudos assinalaram a importância de um contexto familiar sadio, embora não raro que as pessoas que possuem os transtornos por uso de drogas apresentem sérios problemas familiares e até mesmo o rompimento dos vínculos afetivos (LIMA, 2008; PETRINI, 2005).

A ausência de apoio familiar pode ser justificada pela dificuldade do manejo da doença, que apresenta variações comportamentais e muitas vezes a complexa convivência com a pessoa com o transtorno por uso de drogas interferem diretamente na adesão e na continuidade do tratamento.

Sobre este aspecto, é importante lembrar que a Portaria- GM nº 336/2002, que indica as normas operacionais para o funcionamento dos CAPS, vislumbra o acolhimento tanto dos usuários como de seus respectivos familiares no serviço psicossocial, na perspectiva da realização de uma abordagem coletiva e o fortalecimento da prática do cuidado.

No que tange ao ciclo atual de amigos (Maria Quitéria e Joana Angélica) referiram que eram grupos, os quais se reuniam para fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas denominados de “sindicato da bebida”, apesar de fazer uso de outras drogas também.

Reiterando que tais grupos logo se diluíam quando ocorria a indisponibilidade financeira de arcar com o consumo de drogas. Já Ana Néri referiu que se sente bastante acolhida na igreja da qual participa, mantendo uma boa relação com os demais frequentadores. Considera que conquistou uma nova possibilidade de estabelecer novos vínculos positivos, mas que somente aos poucos estas relações serão construídas.

Evidencia-se que houve a passagem das mulheres em outros núcleos de cuidado ligados às áreas da saúde (responsável pela atenção de média e alta complexidade), da saúde mental e da assistência social, enfatizando a importância do trabalho em rede que deve se apresentar como um trabalho horizontalizado, favorecendo o amplo acesso e buscando a resolutividade das demandas apresentadas.

Os relatos indicaram ainda, que sempre que ocorria o processo de recaída estimulava o sentimento de descrença no tratamento por parte da família e de amigos e até mesmo a falta de confiança de si mesma onde cada tentativa sem sucesso de se abster ao uso de drogas retroalimentava estes sentimentos levando a baixa estima diante desta incapacidade.

É interessante notar que mesmo com a proposta de redução de danos (RD), persiste a busca pela abstinência total das drogas. A RD é entendida como um conjunto de medidas de saúde que visam a minimização dos danos do uso e da dependência. A abstinência não é uma meta a ser atingida. Essa proposta é adotada pelo serviço de saúde mental.

Todavia, diante dos relatos apresentados pelas entrevistadas (Ana Néri e Maria Quitéria), ambas receberam todo o apoio de instituições religiosas para o controle dos transtornos por uso de drogas.

No entanto, ao longo das entrevistas, a religiosidade e a espiritualidade foram apresentados como fatores significativamente positivos na vida das mulheres que adotarem diferentes afiliações religiosas. Houve reduções do uso das substâncias psicoativas e até o alcance da abstinência de álcool (Ana Néri) quando era assídua às liturgias religiosas.

As literaturas científicas recentemente trazem o tema religiosidade em destaque por ser compreendido como um fator positivo na inibição do uso de drogas, principalmente por ser um elemento estimulador do bem-estar geral dos indivíduos (CISA, 2014).

O Centro de Informações sobre Saúde e Álcool(CISA) em 2014 estimou que 3,6% da população mundial entre a faixa etária de 15 a 64 anos apresentam os transtornos por uso de álcool, sendo que somente 10% dos pacientes recebem o tratamento recomendado.

Como o CAPSad também é denominado um ponto de atenção da rede social que compõe as vidas das mulheres participantes, seria imprescindível verificar a percepção das mulheres em relação à respectiva instituição. Suas avaliações foram norteadas pelas premissas de acolhimento e acompanhamento adequado.

No que se refere ao processo de acolhimento no CAPSad, todas as informantes se mostraram satisfeitas com as abordagens e com a qualidade do trabalho desenvolvido. Entretanto, fizeram ressalvas de forma unânime sobre as suas insatisfações referentes aos “cortes” sofridos, tanto de profissionais, quanto das atividades terapêuticas de abordagem específica, que consideraram de alta relevância, mas que foram presentes somente no início da fundação da instituição.

Em especial, uma delas (Maria Quitéria) fez uma crítica bastante pertinente em relação à modalidade de CAPSad adotado. Recomendou que deveria funcionar 24 horas para uma melhor acolhida da população usuária de drogas, evitando assim uma maior exposição ao risco do uso/abuso de substâncias psicoativas.

Vale a pena mencionar a relevância do trabalho realizado pelos redutores de danos que na época trabalhavam na referida instituição. Foram eles os responsáveis pela admissão de Joana Angélica que, ao encontrá-la na rua sob efeito demasiado

de drogas, fizeram o convite para conhecer a instituição. Tal fato enfatiza a importância da abordagem motivacional.

“Eu não quero sair daqui, quero alugar meu quarto por aqui por perto [...] O que acho que está faltando no CAPS é o medicamento, que a pessoa tem que pegar receita aqui e sai em outros para pegar (refere aos medicamentos) e às vezes nenhum não tem [...] Deveria ter um dormitório pra gente ter menos acesso à rua, porque não adianta, toma banho, comer, dormir e de noite? A gente ir pros papelões pra dormir na rua.” (MARIA QUITÉRIA, 2015)

“Seria bom, se tivesse umas oficinas, porque as oficinas estão sendo tudo cortadas.” (ANA NÉRI, 2015).

“Eu estou gostando muito de estar aqui [...] está me ajudando muito” ... O CAPS dá atenção, pára de beber, pára de usar drogas [...] aqui eu almoço, durmo, faço minhas coisas. [...] Eu acho chato, quando agente vai se acostumando com as pessoas (profissionais) elas saem, eu gostava da minha antiga técnica eu fiquei retada porque ela foi embora.”(JOANA ANGÉLICA, 2015).

7. CAPÍTULO 6:

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

A pesquisa retratou os impactos dos transtornos por uso de drogas na trajetória de vida de três mulheres matriculadas num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPSad localizado na região central da cidade de Salvador/BA. Trata-se de um lócus privilegiado, pois é marcado pela efervescência cultural e por iniquidades sociais, sendo um importante palco de luta e resistência contra as desigualdades sociais locais.

Neste contexto, os resultados demonstraram que as mulheres com transtornos por uso de drogas ainda enfrentam diversos desafios. Notamos que a cultura patriarcal prevalece e retroalimenta o entendimento de que as repercussões do uso abusivo de drogas resultam de uma postura desviante e não da consequência da instalação de uma doença recidivante, implicando no processo de negação e de adesão ao tratamento.

Os danos dos transtornos por uso de drogas na vida das mulheres entrevistadas foi resumida na fala de Joana Angélica (2015): *“A cachaça não me deixou mais nada, a maioria das coisas que eu perdi foi por causa da cachaça.”* Atribuiu ao uso abusivo de drogas as perdas em diferentes dimensões, *“as coisas não vividas por causa do vício”* (Idem, 2015).

De uma forma geral, a pesquisa evidenciou um breve diagnóstico sobre a situação das mulheres poliusuárias de drogas inseridas no lócus pesquisado, ressaltando a necessidade de melhoramento de suas condições socioeconômicas por parte do poder público, bem como a eliminação das situações de risco social que resultam do processo de exclusão social e de desigualdades persistentes sofridas pelo grupo estudado.

Os aspectos social, familiar, político, individual, cultural e econômico interferiram diretamente no uso prejudicial de drogas pelas mulheres em estudo, combinando-se com as diversas literaturas, como Lima (2008), que descreve os transtornos por uso de drogas como um fenômeno complexo e pluricausal.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi demarcada pela heterogeneidade de características presentes no perfil social das mulheres: pardas, lésbica,

homossexual, bissexual, heterossexual, com diferentes afiliações religiosas, em situação de rua, com o poliuso de diferentes drogas, com distúrbios emocionais e comportamentais, cujos impactos dos transtornos por uso de drogas se apresentaram em diferentes momentos da vida das participantes.

As pesquisas consultadas que discutiam a peculiaridade feminina relacionada ao transtorno por uso de álcool foram unânimes ao revelar o aumento do consumo de álcool pelas mulheres no Brasil (CEBRID, CISA entre outros), demonstrando o poder devastador do álcool, que é a droga mais nociva, principalmente quando aparece associada a outros tipos de drogas. Exige-se, assim, a criação de estratégias específicas de enfrentamento.

Considerando o transcurso desta pesquisa, os achados deixaram explícita a importância do apoio dos atores sociais que compõem a rede social, em especial da família, tanto na busca de ajuda, como de tratamento. Esse o último deve ser entendido como algo processual, respeitando, assim, as suas múltiplas fases.

Percebemos a presença do ciclo da violência caracterizada pela violência sofrida e a violência praticada fortemente presente nos relatos das entrevistadas, onde a reprodução da violência foi compreendida como um mecanismo de defesa, um sistema adaptativo diante dos processos de negação da vida.

Vale comentar que o quesito religiosidade, considerando as diferentes afiliações adotadas pelas mulheres, se apresentou como um importante elemento motivador tanto na tentativa de se absterem como na redução do uso de drogas, servindo como um relevante suporte social.

É importante frisar que o alcance da abstinência total, por se tratar de poliusuárias, ainda representa um desejo para o futuro. Esta expectativa é cultivada tanto por parte das mulheres como de alguns familiares, que remetem às antigas práticas que lidavam com a questão das drogas pautadas no internamento e/ou abstinência. Isso ocorre mesmo elas estando acolhidas numa instituição que adotou a estratégia de redução de danos como uma nova proposta de cuidado.

Outra questão que chamou atenção nos achados da pesquisa foi que as mulheres, mesmo assistidas por diferentes pontos da rede de atenção ao cuidado (unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, hospitais gerais e psiquiátricos, serviços de emergência), em diferentes momentos de suas

vidas, a situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social foram minimizados, porém não sanados, principalmente no que concerne à situação de rua.

Tais fatos instigam um repensar de como os princípios de integralidade e de efetividade das ações para o atendimento das demandas sociais apresentadas estão sendo aplicados nesses diferentes pontos de atenção da rede de cuidado.

Os pontos de atenção demonstram o desafio da promoção da intersectorialidade nas políticas públicas que, conforme Monnerat *et al.*,(2014), resulta da necessidade de promover respostas objetivas às demandas através dos mecanismos de proteção social, vista a integração das políticas públicas, podendo ser alcançada na consolidação e na efetivação da RAPS e na superação das fragilidades.

Por fim, a pesquisa concluiu que o processo de pauperização, de violência e de fragilidade da rede social, em especial dos laços familiares, foram condições objetivas para a exposição ao uso abusivo de substâncias psicoativas e da ocorrência das iniquidades sociais presentes na história de vida das mulheres em estudo. É de suma importância a participação da comunidade, da sociedade civil e do Estado por meio de ações consistentes e resolutivas para o enfrentamento deste fenômeno, para que se conquiste a cidadania plena e ativa.

Considerando as análises dos achados da pesquisa, destacaram-se alguns aspectos que respaldam algumas sugestões que poderão subsidiar a elaboração de um plano de ações articuladas na prevenção do uso de drogas e na criação de estratégias de enfrentamento deste problema.

Recomendamos uma maior articulação dos pontos de atenção da rede para que possa atender às diferentes necessidades sociais das mulheres matriculadas no CAPSad, com vistas à garantia dos direitos sociais para a consolidação e a ampliação da cidadania ativa, da desburocratização dos mecanismos públicos e a erradicação de qualquer forma de preconceito.

Propomos a promoção de condições de trabalho dignas aos profissionais inseridos no lócus da pesquisa, a inserção de capacitações a fim de promover um melhor acolhimento e o estabelecimento de vínculos profissionais permanentes, evitando a rotatividade de profissionais ao mesmo tempo se promova a preservação dos vínculos afetivos entre profissionais e os usuários assistidos. Isso é de suma importância para o processo evolutivo do tratamento.

Sobrepõe-se que mais importante do que o estabelecimento de medidas eficazes no tratamento dos transtornos por uso de drogas é a elaboração de ações preventivas que visem o uso consciente de bebidas alcoólicas, alertando sobre os danos do uso abusivo de outras drogas. A busca seria, então, pela detecção do diagnóstico o quanto antes, para que imediata seja a intervenção a fim de evitar o desenvolvimento do quadro de dependência.

A pesquisa demonstrou uma postergação na busca de ajuda desde o surgimento dos primeiros sintomas, reflexo da ausência do encorajamento e apoio da rede social que circundavam as mulheres pesquisadas, principalmente da família, onde seu pensar e agir poderiam desenhar um novo percurso nas histórias de vida das informantes.

O estudo não teve a pretensão de esgotar o tema, e sim de realizar uma reflexão de como se estruturam os impactos dos transtornos por uso drogas retratando e decodificando em categorias sociais as experiências singulares de vida das mulheres pesquisadas, apreendendo elementos significativos relacionados a tríade sujeito/droga/contexto social.

Em suma, sugerimos o fortalecimento dos equipamentos socioassistenciais da Rede de Atenção Psicossocial, e principalmente o acolhimento das queixas relatadas e a adoção de estratégias no sentido de apreender um número mais expressivo de adesões ao tratamento de mulheres que no seu cotidiano estiveram **“Chutando em pedras e pisando em brasa”**, (Ana Néri,2015), como forma de se manterem resilientes no enfrentamento dos transtornos por uso drogas em suas vidas, o que tanto acentua as desigualdades sociais e as chances de sobrevivência digna.

REFERÊNCIAS:

ALEXANDRE, Galvão. **Mulheres presas: 66% estão encarceradas sem julgamento; 65% praticou tráfico de drogas.** Disponível em <<http://www.bahianoticias.com.br/noticia/181342-mulheres-presas-66-estao-encarceradas-sem-julgamento-65-praticou-trafico-de-drogas.html>> Acesso em 21 dez. 2015.

_____. **Alcoolismo:** fases de evolução da doença. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/nicotina-a-porta-de-entrada/>> acesso em 13 dez.2015.

AMARO, Sarita. **A questão racial na assistência social:** um debate emergente .In: Revista Serviço Social& Sociedade.São Paulo:Cortez, Nº.81, 2005.

AMARANTE,Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de janeiro; Fiocruz, 2005.

ANDRADE, Tarcisio Mattos de. **Redução de danos:** um novo paradigma?, 2004.

_____. **Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil,** 2011.

ANDRADE, T. & LEMOS, S. (Org.). **Textos Orientados para Assistência à Saúde entre Usuários de Drogas.** Salvador BA: Editora da UFBA, 1998.

BARDIN, Laurence.**Análise de conteúdo,** Edição atualizada e ampliada,2011.

BASTOS, FI; e MESQUITA, **Estratégias de redução de danos,** In: Dependência de drogas. (Sergio D. Siebel e Alfredo Toscano Jr. editores). São Paulo, Editora Atheneu, 2001.p. 181-190.

BAUER, J. **O alcoolismo e as mulheres:** Contexto e Psicologia. São Paulo: Cultrix, 2004.

BEAUVOIR, Simone; MOTTA, Alda Britto, org. II. SARDENBERG, Cecília, org. III. GOMES, Márcia, org. **Um diálogo com Simone de Beauvoir e outras falas**, 1986. BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3ed. São Paulo, 2007, p.62.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. _____ . Dionísios desencantados. In: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. (Org.). **Drogas: uma visão contemporânea**. NEPAD/ UERJ. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

BITTAR, D.B.; NAKANO, A.M.S. **Violência intrafamiliar** : análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. Texto e Contexto Enfermagem, v.20, 2011.

BRASIL. A prevenção do uso de Drogas e a Terapia Comunitária.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Decreto 4.345/2002, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Antidrogas e dá outras providências, Brasília, 2002.

_____. **Lei 11 Nº. 343/2006, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema de Políticas públicas sobre drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

_____. **Lei nº 11. 705/2008, de 19 de junho de 2008**. Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de

Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2008.

_____. **Portaria /GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSia e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

_____. **Decreto Presidencial nº 7508/2011 de 28 de junho.** Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2008.

_____. **Decreto 6.117 de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências, Brasília, DF:2007.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

_____. **Resolução 370/07 do Conselho Nacional de Saúde de 8 de março de 2007.** Dispõe sobre o uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 2007.

_____. **A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas,** Ministério de Saúde. Brasília, DF, 2003.

_____. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre o uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, 2012.

_____. **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, 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Ministério de Saúde, Brasília, DF, 2009.

_____. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Ministério da Saúde. 1. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004a.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, Cap.8 e17, 2014.

_____. **Decreto 6.117 de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Álcool dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas:** Sobre a Teoria Da Ação, tradução: Mariza Correa, 9º Ed, São Paulo, 1996.

BUCHER, Richard. **O consumo de drogas:** evoluções e respostas recentes. Psicologia Teoria e pesquisa, [s.l.]: [s.e], 1992.

_____. **Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS.** Brasília: UnB, 1996.

CARLOS, GIL, Antônio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; Ed. Fiocruz, 2009.

Capacitação sobre **Álcool e outras drogas para Operadores dos CREAS e CRAS. SUAS**: Perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, 2013.

CARRIEL, Nathália da Silva Et.al. Redes sociais: instrumentos de apoio à inclusão de reinserção social dos egressos de CT. In: capacitação para comunidades terapêuticas, 2013.

CARVALHO, José de Murilo de. **Brasileiro: Cidadão?** [s.l.]: Revista do Legislativo jul-set, 1998.

CARVALHO, Débora Jucely. **A conquista da cidadania feminina**. [s.l.]: Revista Multidisciplinar da Unesp. saber acadêmico, nº11, jun, 2011.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ, 1998.

CATOZZI, Adriano. **Viva saúde adverte: beba com moderação**. Disponível em <<http://revistavivasauade.uol.com.br/saude-nutricao/40/artigo42605-1.asp/>> Acesso em 21 nov. 2015.

CEBRID. **VI Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. [s.l.], 2010.

CEBRID. **Centro** Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**<<http://www.cebrid.com.br/>> Acesso em 10-12 abr. 2015.

CESAR, Beatriz AcetiLenz. **Alcoolismo feminino**: um estudo de suas peculiaridades .Resultados preliminares alcoolismo. [s.l.]: [s.e.], 2006.

CISA. **Consumo de álcool e a saúde da mulher**. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/artigo/5187/consumo-alcool-saude-mulher.phprelatoriadaOMS>>Acesso em 20 dez. 2015.

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). **Álcool e Outras Drogas**. – São Paulo: CRPSP, 2011.

CONTE,M.A. **O luto do objeto nas toxicomanias**.in : os nomes da tristeza. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.Nº21, 2001.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **As donas no poder**. Mulher e política na Bahia. Salvador: Assembléia Legislativa/NEIM, 1998.

COSTA, Ilenozídio da. **Sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso dedrogas**.Disponívelem<<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wpcontent/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>> Acesso em 14 jan. 2016.

_____. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres** Salvador: NEIM, 1998.

COUTINHO, C. N. **Notas sobre a cidadania e modernidade**. N: Revista ágora:Políticas e Serviço Social, ano 2, n º3, dezembro de 2005- ISSN.Disponível em <http://www.assitentesocial.com.br> Acesso em10 de dezembro de 2015.

CRUZ, MS; SÁAD, AC; FERREIRA, SMB. **Posicionamento do Instituto de DIAS, AIS. Políticas de Redução de Danos no Brasil e as lições aprendidas de um**

modelo americano. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

DIMENSTEIN,G. **O cidadão de papel.**São Paulo:Brasiliense,2011.

DIMENSTEIN,Magda et al. **O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN.**V.2,N.3 2012.

DUARTE, Marcos José de Oliveira.**Construindo Rede de cuidados na Atenção à Saúde Mental, Crack, Álcool e outras drogas:** intersectorialidade e direito humanos.In: MONNERAT,Giselle Lavinias; ALMEIDA,NeyLuis Teixeira de;SOUZA.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo:** um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ESPER LH;Corradi-Webster;CM, Carvalho AMP; Furtado EF.Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. In: **Rev.Gaúcha de Enfermagem,** 2013.

ESPINHEIRA, Gey .**Os tempos e os espaços das drogas,**1993.

ESPINHEIRA, Gey(propositor). Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador. **A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo.** Relatório Final. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Cultura. Escritório de Referência do Centro Antigo de Salvador. Salvador- BA. Dezembro de 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FERREIRA, Sílvia Lúcia (org) ; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Imagens da mulher na cultura contemporânea** - Salvador: NEIM/ UFBA, 2002.

FURTADO, Celso. **Metamorfoses do capitalismo**. Rio de Janeiro, 2002.

GARCIA, Leon; SANTANA, Patrícia; PIMENTEL, Pollyanna; KINOSHITA, Roberto Tykano. **Política Nacional de saúde Mental e a organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**. [s.l.]: [s.e], 2013.

GERMANO, José Willington. **Pobreza e educação: ao avesso da cidadania** In: Revista Serviço Social & Sociedade. Temas contemporâneos 57, 1998 ano xix julho. [s.l.]: Cortez, 1994.

GILTLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, Rio de Janeiro, 1988.

GONÇALVES, Rosimary de. Org. **A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p.188

GIGLIOTTI, Analice; COPETTIO, Juliana. **Como diagnosticar e tratar. Transtorno por uso de álcool**. [s.l.]: [s.e], 2013.

GRIFFITH, Edwards. **O Tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GUERRA, de Andrade; ANTHONY, James C; SILVEIRA, Camila Magalhães. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual / editores Arthur**. -- Barueri, SP: Organização Mundial de saúde.

GUROBITZ, Elaine. **Gênero e pauperização das mulheres**. São Paulo: FGV/EAESP. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação da FGV/EAESP, 2003.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedriali. **Mulheres dependentes de álcool:** levantamento transgeracional do genograma familiar. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentrinker. **Alcoolismo feminino:** comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas (tese). São Paulo: USP, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. cap.2 - 11ªed., 2007.

JABER FILHO, Jorge Antonio; ANDRÉ, Charles. **Alcoolismo**. [s.l.]: Revinter, 2002.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. Título original: The Structure of Scientific Revolutions. Data de publicação original: 1969.

LABATE, Beatriz Caiuby. **Drogas e cultura:** novas perspectivas: (orgs.). Salvador : EDUFBA, 2008.

LIMA, José Mauro Braz de. **O alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Ed .Medbook, Rio de Janeiro, 2008.

LIMA Helder de Pádua; BRAGA, Violante Augusta Batista; CARVALHO, Luciana Vieira de; MORAIS, Ana Caroline de Oliveira. **Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com à Saúde mental**. [s.l.]: [s.e.], 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana. **O Alcoolismo**. Ed: Contexto, 2005. MACRAE, Edward. Abuso de Drogas: Problema Pessoal ou Social? Disponível em: <www.giesp.ffch.ufba.br> Acesso em 13 jan. 2016.

MENDES, E.V. **Modelagem das Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MESQUITA, F. & BASTOS, F. (Orgs.). **Drogas e Aids: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo, SP: Editora HUCITEC, 194. p.99-114.

MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. ed. brasiliense, 2004.

MATOS, Maria Izilda Santos de. História das mulheres e das relações de gênero: campo historiográfico, trajetória e perspectivas, In: **Mandrágora**, v.19, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luis Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Org. **A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

NARDI, Antônio; NUNES, Portela. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2000.

NEVES, D.P. **Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2004.

NERY FILHO, Antônio. **Drogas:** isso lhe interessa? Disponível em <<https://conversandocomnéri.wordpress.com/tag/drogas/>> Acesso em 18 abr. 2015.

NÓBREGA, Maria do Perpetuo S.; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. **Mulheres usuárias de Álcool:** análise qualitativa. (Revista Saúde Pública). Vol. 39, n 5. São Paulo, out, 2005.

NUNES, Sylvia da Silveira. **Racismo no Brasil:** tentativas de disfarce de uma violência explícita:SP,2006.

Organização Mundial Da Saúde; Organização Pan-americana De Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas, 2001.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

OMS. **Álcool, sexo e beber a partir de problemas:** perspectivas e países de renda média. Genebra: Departamento de Saúde Mental e abuso de substâncias, Genebra: Organização Mundial de saúde, Departamento de Saúde Mental e abuso de substâncias, 2009.

PAIM, Jairnilson. Abertura da Palestra do ano letivo da ENSP . Saúde coletiva e Saúde pública: diferenças e semelhanças, realizada no dia 26 de março em 2014.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate.** 3ed, Cortez,SP,2010.

PETRINI, João Carlos. **Mudanças sociais e familiares na atualidade:** reflexões à luz da história e da sociologia,2005.

PINHEIRO, Gildeci Batista Alves. **As relações sociais das mulheres portadora de alcoolismo,**2006.

PINSKY, I. & BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. 2. Ed. São Paulo: Contexto. 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Coord). **Avaliação da qualidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial nos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, no Nordeste do Brasil – Avaliar – CAPS/Domingos Macedo Coutinho**. Salvador, 2014.

Priore, Mary Del(org); Bassanezi, Carla. (coord dos textos). **História das mulheres no Brasil**. 8 ed. São Paulo: [s.e] ,2004.

Projeto de Qualificação Social para Atuação de Sujeitos ou Grupos Sociais na Negociação Coletiva e na Gestão de Políticas Públicas. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social**. DIEESE, 2007.

Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal brasileiro de Psiquiatria* 52(5): 355-362,2003.

Relatório da Central de Atendimento à Mulher – ligue 180, realizado em janeiro a junho de 2014.

Relatório Global sobre Álcool e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 12/05/14.

_____. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde**. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/>> Acesso em 23-25 abr. 2015.

Relatório Global sobre Álcool e Saúde. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 05 abr. 2016.

INPAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Disponível em <<http://inpad.org.br/lenad/>> Acesso em 19 mai. 2015..

UNESCO. População e Direitos: Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) para além de 2014. Disponível em <<http://www.nacoesunidas.org/unesco/>> Acesso em 10-12 abr. 2015.

Relatório do projeto de apoio à implementação do plano de reabilitação participativo do centro antigo de Salvador para uma gestão inclusiva e sustentável. BRA/12/008. Financiadora. Secretaria de Cultura do Governo do Estado da Bahia.

MARSHALL, T H. **Cidadania, classe social e status.** São Paulo: Zahar, 1967.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza Et al. **Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas,** 2011.

OLIVEIRA, Daniel Coelho de. **Pobreza e desigualdade social:** percepções de uma elite, In: Revista Eletrônica do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da UFJF, 2012.

OLIVEIRA, Pérsio Santos de. **Introdução à sociologia.** São Paulo. Ed. Ática, 1991.

RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROERECKE, M Rehm J. **Riscos de mortalidade por causas específicas em 2pacientes com transtorno por uso de álcool.** CISA, 2014.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos Et.al.**Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental.** Rio de Janeiro,2007.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.**Car. Pagu no.16 Campinas,2001.

_____.Rearticulando gênero e classe social.In: Costa, A.O; BRUSCHINI, C. (Orgs). **Uma questão de gênero.**São Paulo;Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SANTOS, Alessandro Marques dos; SILVA, Mara Regina Santos da. **A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família,**2011.

SEMPS. **Levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPS) do município de Salvador.** Salvador, 2013.

SEN, Amarty Kumar.**A ideia de justiça.** Tradução Ricardo Doninelli Mendes, Denise Bottmann.São Paulo :Companhia das letras,2011. p.390.

_____.**Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo:Companhia das letras,2000.

SILVA, Carla da. **A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero.** [s.l]: [s.e],2010.

SIMONETTI ,Cecília Moraes;ARAÚJO, Maria José de Oliveira. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e**
SCHENKER, Miriam ; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** Rio de Janeiro, 2004.

SCOTT, Joan.**Gênero: uma categoria útil para análise histórica.**Traduzido pela SOS: Corpo e cidadania.Recife, 1990.

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas. **Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool:** I conferência pan-americana de políticas públicas sobre drogas. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2016.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do caráter:** consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Trad. Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 1999. 95

SERAFIM, Lizandra. **Controle social:** que caminhos?.[s.l.]: Instituto Pólis, 2008.

SILVA, Regina Tavares da. **Mulheres e cidadania.**Dossiê temático: Inscrição das mulheres no espaço público: identidade (s) em construção[s.d.].

SIMÃO, Maria Odete. **Mulheres e homens alcoolistas:** um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

SOARES, Antônio Mateus de C. **“Territorialização” e pobreza em Salvador – Ba.** [s.l.]: [s.e.], 2006.

SOLLERO, Lauro. **Farmacodependência,**Livraria Agir Editora, 1979.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador-BA.** Salvador: [s.e.], 2013.

SOUZA, Kátia Ovídia José de. **A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas,** [s.l.]: [s.e.], 2009.

SOUZA, Jessé. **A invisibilidade da desigualdade,**[s.l.]: [s.e.], 2009.

_____. **A ralé brasileira: quem é e como vive,**[s.l.]: [s.e.], 2009.

_____. **(Não) reconhecimento e subcidadania, ou o que é “ser gente”?**,[s.l.]: [s.e.], 2012.

TAVARES,Luiz Alberto;MONTES,Jane Cresus. **A adolescência e o consumo de drogas**: uma rede informal de saberes e práticas.Salvador:Edufba:Cetad,2014.

TORRESAN,Ricardo Cezar Et.al. As substâncias psicoativas.In: **Capacitação para comunidades terapêuticas**. [s.l.]: [s.e.], 2013.

VARELLA, Dráuzio. **Alcoolismo em mulheres**. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/dependenciaquimica/alcoolismo/asmulheres-e-o-alcool-2/>>artigo publicado em 18 de abril de 2011. Acesso em: 20 mai. 2015.

VARGAS, Heber Soares. **Repercussões do álcool e do alcoolismo**.2 .ed. São Paulo: [s.e.],1990.

WILSNACK R. W.; WILSNACK S. C.; OBOT, I. S. Why study gender, alcohol and culture? In: **Álcool, sexo e beber a partir de problemas**: perspectivas e países de renda média. Genebra: Departamento de Saúde Mental e abuso de substâncias. Organização Mundial de Saúde, 2005.

XAVIER. Lúcia Maria. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres Consultoria. [s.l.]: Apoio, 2013-2015.

I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: **estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**: São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, 2001.

II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: **estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**: São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, 2005.

LARANJEIRA, Ronaldo Coord. Clarice Sandi Madruga, Comi. org. Ilana Pinsky; Raul Caetano; Sandro Sendin Mitsuhiro (org.) .II Levantamento Nacional de Álcool e drogas. **O consumo de Álcool no Brasil: Tendências Entre 2006 e 2012**. Org.

_____. **IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras, no ano de 1997**. Disponível em <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=561>> Acesso em 23 nov. 2015.

VIII Colóquio do Museu Pedagógico. **Alcoolismo feminino: noções preliminares** Fagner dos Santos Brito (UESB) Suelen Gomes de Sena (UESB) Luci Mara Bertoni (UESB), 09 a 11 set. 2009.

APÊNDICE A:

TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Rejane Ferreira dos Santos, estou responsável pela pesquisa **Políticas de Atenção às Mulheres com transtornos por uso de Álcool e outras drogas assistidas num Centro de Atenção Psicossocial em Salvador/Bahia** fazendo um convite para o(a) senhor(a) participar como voluntário(a) deste estudo.

Esta pesquisa pretende examinar os impactos dos transtornos por uso de álcool na trajetória de vida das mulheres etilistas assistidas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas localizado no município de Salvador na Bahia. A Pesquisa tem como Professora-Orientadora Dra. Ana Maria Fernandes Pitta, que integra o Programa graduação em Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador. Acreditamos que esta pesquisa é importante, porque expressa a importância da criação de um mecanismo de escuta aos usuários de um serviço público presente na Rede de Saúde mental neste município que por meio de suas narrativas poderão expressar os elementos impeditivos na adesão ao tratamento de um fenômeno tal relevante atualmente, que é o alcoolismo feminino. É possível que algumas perguntas não sejam respondidas, porque a senhora poderá não se sentir à vontade, causando desconforto, ou algum tipo de dano psicológico ou emotivo, e também possível violação à sua intimidade, contudo, para que estes riscos não ocorram, todas as vezes que a senhora se sentir incomodado com as perguntas ou com a condução delas, pode sinalizar para parar, reformular ou desistir da entrevista. Para preservar o seu direito à intimidade e à privacidade, o seu nome não será divulgado, nem as características que possam, remotamente, identificá-lo. Os benefícios que espero com este estudo estão expressos na possibilidade do planejamento de ações preventivas e da criação de estratégias de enfrentamento dos transtornos por uso de álcool que acometem as mulheres assistidas neste devido local, onde a pesquisa transcorrerá por meio da triangulação de dados, ou seja, a partir da observação direta, da coleta de dados por fonte documental (análise de prontuários) e da entrevista semiestruturada para que se obtenha dados suficientes para conclusão do objetivo da pesquisa que é de grande relevância. É importante esclarecer que, caso a senhora decida não participar, não existirá

problema algum. A senhora é livre para colaborar com a entrevista ou não. Durante todo o período da pesquisa, a senhora tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora, tel.: (71 988240316), e-mail:rejanef.santos@ig.com.br, ou sua orientadora, e-mail: ana.maria.pitta@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia, Tel: (71) 3203-8969, aos cuidados do CEP, e-mail: cep@ucsal.br. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa a senhora terá direito à assistência gratuita que será prestada pela Rede de Atenção Psicossocial por meio de um prévio encaminhamento buscando a resolução dos danos causados. A Senhora tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Lembrando que a senhora é voluntária. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Logo, este estudo é confidencial. Serão também utilizada imagens e voz, se a senhora permitir fotografar, gravar áudio e/ou vídeo. Não haverá gastos para a sua participação na pesquisa, porque o deslocamento e todo o material utilizado na entrevista serão de responsabilidade econômica da pesquisadora. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Eu () autorizo () não autorizo a gravação da entrevista.

Assinatura da voluntária

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta voluntária para a participação neste estudo.

Dados da pesquisadora:

Rejane Ferreira dos Santos

Mestranda em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia

Tel: (71) 988240316. E-mail: rejanef.santos@ig.com.br

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, situada na Av. Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador-Bahia, tel: (71) 3203-8913, aos cuidados do CEP.

Salvador, _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE B:



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

Roteiro de Entrevista para a pesquisa :

Políticas de atenção às mulheres com transtornos por uso de álcool e outras drogas assistidas num centro de atenção psicossocial em Salvador, Bahia

Data : ____ / ____ / ____

Número do formulário | _____ |

Pseudônimo:

Bloco A: situação sócio-demográfica			
1) Nome :			
2. Idade (em anos):		3. Data nascimento:	
4. Nacionalidade :		5. Naturalidade:	
6. Qual a sua Cor/Raça:			
6.1 Branca	6.2 Preta	6.3 Parda	
6.4 Amarela	6.5 Indígena	6.4 Não quis informar:	
7. Orientação sexual :			
8. Local da residência:			
8.1 Estado		8.2 Cidade:	8.3 Bairro:
9. Qual o seu grau de instrução?			
9.1 Primário	9.2 Fundamental incompleto	9.3 Fundamental completo	9.4 Ensino médio incompleto
9.5 Ensino médio completo	9.6 Superior incompleto	9.7 Superior completo	9.8 Especialização
9.9 Analfabeta	9.10 Analfabeta funcional		
10. Qual a sua religião?			
10.1 Não tem	10.2 Católica	10.3 Protestante, qual ?	
10.4 Espírita	10.5 Judaica	10.6 Afro-brasileira, qual ?	
10.7 Orientais/budista	10.8 Outra:	10.9 () Praticante () Não Praticante	
11. Em relação ao mercado de trabalho como você encontra-se			

11.1 Ativa () Mercado formal () Mercado informal		11.2 Afastada temporariamente das atividades, há quanto tempo ? Motivo?	
11.3 Aposentada	11.4 Do Lar	11.5 Desempregada, Caso sim, quanto tempo ?	
12. Valor da Renda Familiar:			
12.1 Fixa		12.2 Eventual	
12.3 Menor que um salário mínimo	12.4 1 salário mínimo	12.5 2 a 3 salários mínimos	
12.6 4 a 5 salários mínimos		12.7 Maior 4 a 5 salários mínimos	
13. Fonte de renda:			
13.1 Trabalho ativo		13.2 Benefício previdenciário, qual?	
13.3 Benefício assistencial ,qual?			
14. Com quem mora? Configuração familiar ?			
14.1 Pais	14.2 Amigos	14.3 Outros familiares	14.4 Sozinha
14.5Companheiro/marido (a)	14.6 Em situação de rua	14.7 Instituição	14.8 Outros
15. Quantas pessoas moram na sua casa?			
15.1 Estado civil			
15.1.1 Solteira		15.1.2.Casada	
15.1.3 Desquitada/divorciada		15.1.4 Desquitada/divorciada	
15.1.5 Viuva		15.1.6 União estavel	
15.1.7 Separada			
Bloco B: aspectos da configuração da estrutura familiar em relação ao uso de drogas			
16.Recebeu apoio familiar na busca de ajuda?	Não	Sim	
17. A família mostra-se participativa neste processo de tratamento?	Não	Sim	
18. O ambiente que vivia era conflituoso?	Não	Sim	
19.Houve falta de envolvimento afetivo familiar?	Não	Sim	
20. Falta de diálogo?	Não	Sim	
21.Teve modelos de comportamentos negativos?	Não	Sim	
22.Educação familiar frágil?	Não	Sim	
23.Fazia parte de instituições religiosas?	Não	Sim	
24.Era uma criança agressiva ?	Não	Sim	
25.Tinha um bom desempenho escolar?	Não	Sim	
26.Seus pais teve dificuldade de imposição de limites na sua infância ?	Não	Sim	

27.Houve influência de alguma parte quanto ao consumo do álcool inicialmente?	Não	Sim	Por quem ?
28.Sofreu violência?	Não	Caso sim, que tipo ?	Agressor:
29. O ambiente que vivia era conflituoso?	Não	Sim	
30.Teve modelos de comportamentos negativos?	Não	Sim	

Bloco C: aspectos sobre o padrão de consumo de álcool e outras drogas

31.Qual bebida alcoólica de sua preferência?			
32.Faz uso de outra droga sem ser o álcool?	Não	Sim	Qual/Quais?
33. Que idade você tinha quando começou a beber ?	34.1. Houve o consentimento dos pais? Caso iniciou na menoridade Não () Sim ()		
34.Qual o horário que costumava beber?	Manhã	Tarde	Noite
35.Você teve amigos que faziam uso abusivo do álcool ou outras drogas?	Não	Sim	
36. Teve alguém da família com problema com álcool ou outras drogas	Não	Sim	Quem ?
37.Já tem/teve envolvimento com atividades ilícitas?	Não	Sim	Teve () Tem ()

Bloco D: aspectos sociais álcool que envolvem o transtorno por uso de álcool

38.Pertence a grupos que enfrentam situações de vulnerabilidade social?	Não	Sim	
39.Sofreu alguma situação de preconceito por enfrentar problemas com o uso abusivo de álcool?	Não	Sim	
40.Encontrou algum tipo obstáculo na procura de ajuda contra o alcoolismo?	Não	Sim	Caso sim, de que tipo?
41.Se considera inserida em um ambiente que aceita/tolera o uso abusivo de álcool?	Não	Sim	
42.Tinha o hábito de celebrar os bons momentos com álcool ou outras drogas?	Não	Sim	
43. Como você encara o consumo do álcool de forma abusiva?	Normal	Preocupante	Indiferente
44. Sofre com alguma outra patologia?	Não	Sim	Qual?
45.Considera que esta patologia, influenciou negativamente no problema de alcoolismo?	Não	Sim	Como?
46.Por alguma vez se sentiu pressionada a fazer uso de álcool	Não	Sim	Como?
47.Considera que teve oportunidades para o trabalho?	Não	Sim	
48.Considera que teve oportunidades	Não	Sim	

de práticas de lazer?			
49. Considera que teve oportunidades de para o estudo ?	Não	Sim	
50. Considera que teve ou tem problemas de isolamento social?	Não	Sim	Tem () Teve ()
51. A religiosidade é elemento presente em sua vida ?	Não	Sim	
52. A religiosidade foi um fator positivo no tratamento do alcoolismo?	Não	Sim	Caso não, explique
53. Pouca capacidade de lidar com as exigências interpessoais?	Não	Sim	

Bloco E: Redes Sociais/ Avaliando um CAPSad na cidade de Salvador/Bahia

54. Qual foi a primeira a instituição que procurou para tratamento do transtorno por uso de álcool ?			
CRAS	AA	CREAS	CAPS . qual?
Igreja	Comunidades terapêuticas	ONGs	Unidade de saúde
Iniciativa privada? Qual ?	Unidade Hospitalar	Equipe do ESF	Outro? Qual?
55. Qual o grau de satisfação do acolhimento da equipe do CAPSad ?			
Muito satisfeita	Muito insatisfeita		
Satisfeita	Indiferente		
Insatisfeita	Não sei opinar		

56. Você enfrentou alguma dificuldade na busca por ajuda no Serviço de Saúde Mental ?

57. Você já teve algum direito negado ?

58. O que você fez quando descobriu que estava com alcoolismo?

59. Como você lida com o abuso do álcool ?

60. Quais os elementos que você considera que influenciaram no uso abusivo de álcool na sua história de vida?

61. Qual a sua avaliação sobre as mulheres que usam álcool de forma abusiva?

62. Na sua opinião o que poderia ser feito para elevar a adesão ao tratamento do alcoolismo?

63. Na sua opinião, quais os principais problemas enfrentados no tratamento do alcoolismo no Serviço de Saúde Mental ?

64. Você tem conhecimento sobre as políticas sobre álcool ?

65. Em sua opinião, como o serviço prestado pelo CAPSad poderia ser melhorado?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!