

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**ONDE ESTÃO AS MULHERES? A HOMOGENEIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DA MULHER QUE FAZ USO DE DROGAS**

Porto Alegre
2015

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**ONDE ESTÃO AS MULHERES? A HOMOGENEIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DA MULHER QUE FAZ USO DE DROGAS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B639o Bolzan, Liana de Menezes

Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas / Liana de Menezes Bolzan. – Porto Alegre, 2015.

150 f. : il.

Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Serviço Social. 2. Drogas Ilícitas. 3. Drogas - Aspectos Sociais. 4. Políticas Públicas. 5. Saúde Pública. 6. Mulheres - Saúde Pública. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

CDD 362.042

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**ONDE ESTÃO AS MULHERES? A HOMOGENEIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DA MULHER QUE FAZ USO DE DROGAS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 28 de janeiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – Orientadora

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi (PUCRS)

Prof. Dr. Rodrigo Ghiringhelli de Azevedo (PUCRS)

Porto Alegre
2015

O diabo é mulher

O livro *Malleus Maleficarum*, também chamado O martelo das bruxas, recomenda o mais ímpio exorcismo contra o demônio que tem seios e cabelos compridos.

Dois inquisidores alemães, Heinrich Kramer e Jakob Sprenger, escreveram, por encomenda do Papa Inocêncio VIII, esse fundamento jurídico e teológico dos tribunais da Santa Inquisição.

Os autores demonstravam que as bruxas, harém de Satã, representavam as mulheres em estado natural, porque toda bruxaria provém da luxúria carnal, que nas mulheres é insaciável. E advertiam que esses seres de aspecto belo, contato fétido e mortal companhia encantavam os homens e os atraíam, silvos de serpente, caudas de escorpião, para aniquilá-los.

Esse tratado de criminologia aconselhava a submeter a tormento todas as suspeitas de bruxaria. Se confessavam, mereceriam o fogo. Se não confessavam, também, porque só uma bruxa, fortalecida pelo amante, o Diabo, nas festas de feiticeiras, conseguia resistir a semelhante suplício sem abrir a boca.

O papa Honório III havia sentenciado:

- As mulheres não devem falar. Seus lábios carregam o estigma de Eva, que foi a perdição dos homens.

Oito séculos mais tarde, a Igreja Católica continua negando o púlpito. O mesmo pânico faz com que os fundamentalistas mulçumanos lhes mutilem o sexo e tapem seus rostos.

E o alívio pelo perigo conjurado leva os judeus mais ortodoxos a começar o dia sussurrando: "**Obrigada, Senhor, por não me ter feito mulher**". (GALEANO, 2008, p. 115).

Algum dia, quando a descriminalização
das drogas for uma realidade,
os historiadores olharão para trás
e sentirão o mesmo arrepio
que hoje nos produz a Inquisição
(Javier Martinez Lazaro, documentário *Cortina de Fumaça*, [2010])

RESUMO

A presente dissertação é resultado de projeto de pesquisa de mestrado intitulado *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*, e tem como tema o uso de drogas realizado por mulheres. O problema que fomentou tal pesquisa indagou sobre *como as políticas de saúde e saúde mental abordam as transversalidades de gênero das mulheres usuárias de substâncias psicoativas*, e tinha como objetivo geral *analisar como as políticas de saúde e de saúde mental abordam as transversalidades de gênero referentes às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento*. O campo de coleta de dados foi a rede de saúde do Município de Porto Alegre representada pelos três níveis de atenção, constituída por serviços da atenção básica, atenção especializada em saúde mental e atenção em alta complexidade que prestam atendimento para mulheres que fazem uso de drogas. A amostra foi composta por vinte e um profissionais da rede de saúde e três usuárias. Os critérios de seleção da amostra foram constituídos a partir do respeito às condições de saúde e o desejo de participação na pesquisa. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: o grupo focal com trabalhadores; a entrevista semiestruturada com as usuárias dos serviços pesquisados; e a pesquisa documental, buscando a categoria *gênero* nos textos dos documentos oficiais como políticas públicas, legislações, plano municipal (Porto Alegre) e estadual (Rio Grande do Sul) de saúde. O projeto foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e aos demais Comitês de Ética das instituições participantes da pesquisa. Os preceitos éticos foram respeitados e, para proteger o anonimato dos participantes, utilizamos pseudônimos de deusas mitológicas como Deméter, Ceres e Bacante, abordadas no resgate histórico do presente trabalho. Os resultados das análises apontam que as políticas públicas para as mulheres e o uso de álcool e outras drogas mencionam a perspectiva de gênero, porém essa abordagem se apresenta de modo incipiente no planejamento de suas ações, refletindo na atenção à saúde das mulheres nos diferentes níveis de atenção, com a homogeneização do cuidado, ou seja, através do atendimento que é realizado para mulheres e homens da mesma forma, não havendo atenção às especificidades de gênero. O estudo se orientou pelo

referencial dialético-crítico presente em toda a construção da pesquisa, a partir das categorias do Método como historicidade, contradição e totalidade.

Palavras-chave: Mulher. Gênero. Uso de drogas. Políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation is the result of master's research project entitled Where are the women? Homogenization of health care of women who use drugs and has as its theme the use of drugs carried out by women . The problem that fostered this survey asked "How the health and mental health policies address the transversalities women's gender users of psychoactive substances? "And had as main objective to analyze how health policies to analyze the health and mental health policies address gender transversalities related to female users of psychoactive substances in order to provide insight to the strengthening, enhancement and creation of new service devices for this segment. The data collection field was the health of the municipality of Porto Alegre represented by the three levels of care, constituting services for primary care, specialized mental health care and attention to high complexity that provide care for women who use drugs. The sample was composed for twenty-one professional health network and three users. The sample selection criteria was made from about health conditions and the desire to participate in the research. The instruments used in data collection were the focus group with the workers and semi-structured interviews with users of the surveyed services and document research seeking gender category in the texts of official documents, such as public policies, laws, municipal plan (Porto Alegre) and state (Rio Grande do Sul) health. The project was submitted to the Scientific Committee of the School of Social Work, PUCRS, to the Ethics Committee in Research / PUCRS and other ethics committees of the institutions partakers of the research. The precepts were respected and to protect the anonymity of the participants, we use pseudonyms as mythological goddesses as Demeter, Ceres and Bacchae, addressed in the historic rescue of this work. The results of the analysis indicate that public policies for women and the use of alcohol and other drugs refer to gender perspective, but this approach presents an incipient way in planning their actions, reflecting the health care of women in different care levels, with the homogenization of care through the service provided to women and men occur in the same way, with no attention to gender specificities. The study was guided by the dialectical - critical references present throughout the construction of the research, from the categories of the method as historicity, contradiction and totality.

Keywords: Woman. Genre. Drug use. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Pesquisa documental	69
Figura 1: Dados do II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.	83
Figura 2: Atenção à saúde	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Metodologia da pesquisa.....	10
Tabela 2: Levantamento bibliográfico com as palavras-chave: gênero e uso de drogas.....	64
Tabela 3: Levantamento bibliográfico com as palavras-chave: mulher e drogas	65
Tabela 4: Trabalhos que foram encontrados em ambas as palavras-chave	67

LISTA DE SIGLAS

a. C	Antes de Cristo
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDTD	Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEPPA	Câmara Especial de Políticas sobre Álcool
CID-10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
COFEN	Conselho Nacional de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CR	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSM-IV	Consultório na Rua
DST	4ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HMIPV	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes
PUCRIO	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SES	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCB	Universidade Católica de Brasília
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNGASS	United Nations Drug Control (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas)
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: “Quem elegeu a busca não pode recusar a travessia”	4
2. MULHER	14
2.1 Mulher na mitologia: entre o sagrado e o profano	14
2.2 Mulher em movimento: gênero e saúde	23
3. DROGA	31
3.1 Droga na história: remédio, alimento ou veneno	31
3.2 Droga na contemporaneidade	41
3.3 Droga na política: doença ou delito	48
3.4 Mulher e drogas: interseção entre criminalidade e consumo	55
4. INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 Construção do conhecimento sobre mulheres, gênero e drogas	63
4.2 Normativas sobre a saúde da mulher e o uso de álcool e outras drogas a partir da perspectiva de gênero	68
4.3 As mulheres na voz dos trabalhadores: onde estão as mulheres?	81
4.4 As mulheres por elas mesmas	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuárias	128
APÊNDICE C: Roteiro de Análise Documental	131
APÊNDICE D: Roteiro de tópicos guia para grupo focal com os trabalhadores dos serviços de saúde mental	132
APÊNDICE E: Roteiro de tópicos guia para as entrevistas com as usuárias dos serviços de saúde mental	133
ANEXO A: Parecer da Comissão Científica da PUCRS	134
ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	135
ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC	138
ANEXO D: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre	139
ANEXO E: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	143
ANEXO F: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus	147

1. INTRODUÇÃO: “Quem elegeu a busca não pode recusar a travessia”¹

O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (ROSA, 1994, p. 86).

A travessia é delineada por um percurso que possibilitou encontros, experiências, trocas, conhecimentos e reflexões que foram de grande relevância para o processo de formação profissional e pessoal. Por isso, é importante destacar os caminhos percorridos ao longo desta travessia e que tanto contribuíram para o desenvolvimento do presente trabalho.

O marco inicial da travessia se dá com o estágio curricular obrigatório desenvolvido no ano de 2009 na Emergência em Saúde Mental do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) no Município de Porto Alegre, onde ocorreu a aproximação com o tema das políticas públicas de saúde, principalmente da Reforma Psiquiátrica e do processo de trabalho do assistente social neste campo de atuação, o que despertou o interesse em aprimorar o conhecimento teórico-prático em saúde mental.

Posteriormente, houve o ingresso no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, no ano de 2010. A residência multiprofissional se constitui como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço. Nesse programa, a residência é composta por profissionais de diversas áreas: assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, pedagogo, educador físico e artista. Os cenários de prática são os serviços substitutivos em saúde mental do Município de Porto Alegre e Região Metropolitana.

Os campos de atuação foram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Adulto, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSAD), Consultório na Rua (CR) e Projeto Insere, além das vivências na rede de serviços em saúde mental dos municípios de Alegrete, São Lourenço do Sul e Rio de Janeiro. Essa inserção em diversos cenários de prática possibilitou ampliar o conhecimento em relação à saúde mental, refletindo e problematizando questões como a implementação das políticas de saúde nesses

¹ BOSI, 2003, p. 45.

municípios, a intersetorialidade, a constituição e a articulação da rede de serviços para a atenção aos usuários.

Durante a inserção no CAPSAD, dentre as ações realizadas, foi desenvolvido um grupo de mulheres através da percepção de que o número de mulheres atendidas no serviço era inferior ao número de homens e que as atividades realizadas por esse serviço – como grupos e oficinas – eram compostas, em sua maioria, por usuários do sexo masculino, não havendo espaço específico para discussão e/ou atendimento das necessidades da identidade feminina.

Essa vivência desencadeou a construção de um relato de experiência e trabalho de conclusão da residência intitulado “Marias Flores: extratos da vivência cotidiana no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSAD”. Nesse trabalho foram descritas algumas histórias das mulheres que participavam do grupo, marcadas pelo sofrimento, violência, perdas, solidão, medo, estigmas, uso abusivo de drogas, entre outras questões.

A partir dessa experiência se pôde problematizar sobre diversas questões relacionadas ao papel da mulher na sociedade e a reprodução desse papel pelas usuárias, como o duplo estigma ao qual essas mulheres são submetidas, ou seja, o fato de ser mulher e ter que cumprir um papel socialmente construído e, ao mesmo tempo, fazer uso de substâncias psicoativas. Esses estigmas apareceram de forma contundente em seus relatos, pois eram julgadas como promíscuas, imorais, incapazes de realizar cuidados com os filhos e, em muitos casos, houve a perda da guarda da criança, o que lhes causava ainda mais sofrimento e intensificava o consumo de substâncias. Para muitas mulheres o uso de drogas não era uma questão central em suas vidas, mas sim um meio para suportar a dura realidade que vivenciavam, principalmente relacionada à violência e abuso sexual.

O estigma social ao qual a mulher que faz uso de drogas é atrelada pode operar como uma barreira, dificultando sua procura espontânea pelos serviços de saúde especializados para a realização do seu cuidado; como também ser um dos fatores que contribui para que o número de mulheres no serviço seja bem inferior ao número de homens. Situação essa que se difere dos serviços de atenção básica, nos quais as mulheres sempre foram a maioria nos atendimentos realizados.

Portanto, é com base nessa travessia que foi impulsionada a vontade de aprofundar o conhecimento com relação às questões que perpassam o universo feminino, as relações de gênero e o uso de substâncias psicoativas, bem como a

implementação das políticas públicas através do reconhecimento dos aspectos de gênero que transversalizam o uso de substâncias psicoativas realizadas por mulheres. Com isso, foi desenvolvido o projeto de pesquisa “As transversalidades de gênero e o uso de substâncias psicoativas”, compreendendo como transversal algo “que passa, ou está, de través ou obliquamente” (FERREIRA, 2008, p. 477).

Com base nesse conceito, a transversalidade é compreendida como algo que atravessa a vivência dessas mulheres, nas quais estão implicadas questões de gênero como o papel da mulher na sociedade, violência, sobrecarga de atividades, entre outras questões. Assim, para analisar a articulação entre gênero e o uso de drogas, se torna imprescindível compreender as complexidades que transversalizam o universo feminino e o uso de drogas, pois olhar para essa especificidade de gênero possibilita reconhecer suas particularidades e as relações de poder constituídas ao longo da história, como também as relações que as mulheres estabelecem com as drogas, seus padrões de consumo, tipo de substâncias e suas motivações para o uso.

O desenvolvimento dessa pesquisa se justifica pela importância e complexidade do tema investigado, ou seja, o uso de drogas realizado por mulheres e como esse recorte de gênero é preconizado pelas políticas públicas de saúde e pelos serviços de saúde mental.

Com isso, se realizou um levantamento bibliográfico para conhecer as produções teóricas sobre o uso de drogas realizado por mulheres e a perspectiva de gênero. Nos resultados encontrados se percebe que há pouca produção sobre esse tema. Em alguns trabalhos, como teses e dissertações, a abordagem se dá em torno do consumo de uma substância específica como álcool ou crack, da perspectiva assistencial nos serviços especializados, da participação da família no tratamento, sendo que um número reduzido de trabalhos realiza uma abordagem de gênero ao falar sobre mulheres, alguns focando apenas os aspectos biológicos e patológicos do universo feminino.

A partir dessas considerações foi construído o projeto de pesquisa, que delineou como tema *a dimensão de gênero nos textos das políticas de saúde e nos depoimentos dos trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas no Município de Porto Alegre nos anos de 2013 e 2014*. Já o problema de pesquisa se constitui na seguinte questão: *como as*

políticas de saúde e saúde mental abordam as transversalidades de gênero das mulheres usuárias de substâncias psicoativas?

Dessa forma, foram estabelecidos objetivos que serviram de alicerce para o desenvolvimento da pesquisa. O *objetivo geral* constituiu-se como: *analisar como as políticas de saúde e de saúde mental abordam as transversalidades de gênero referentes às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para esse segmento*². Os *objetivos específicos* são: (i) conhecer como as políticas de saúde da mulher e as políticas de álcool e outras drogas enfocam as transversalidades de gênero em suas ações sobre as questões pertinentes à saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas; (ii) identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero; e (iii) analisar como as questões de gênero singularizam o uso de substâncias psicoativas.

Para subsidiar esses objetivos do projeto de pesquisa foram formuladas questões norteadoras, que serviram como interrogações que estiveram presentes no desenvolvimento da pesquisa: (i) as políticas de saúde preconizam ações específicas com enfoque de gênero?; (ii) quais serviços o município disponibiliza para o atendimento de mulheres com o uso de substâncias psicoativas? (iii) que concepções de gênero e papéis sociais estão presentes nas suas falas?; (iv) o que é relatado pelas mulheres como fator para o uso de drogas?; (v) que locais as usuárias utilizam para abordar questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas?

A partir dessas perguntas é preciso demonstrar a travessia metodológica do projeto de pesquisa em questão, que culminou nesta dissertação de mestrado. Assim, o presente estudo se constitui como uma pesquisa do tipo qualitativa, conforme conceitua Minayo:

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

² No presente trabalho são utilizados os termos drogas e substâncias psicoativas como sinônimas, a partir do conceito da OMS, que define drogas como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre seu sistema, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS, 1994).

Assim, esse tipo de pesquisa possibilita aprofundar o conhecimento sobre o tema a ser explorado, conhecer a realidade a partir da visão dos sujeitos da pesquisa a fim de compreender a experiência humana como é vivenciada, coletando e analisando os aspectos subjetivos que não podem ser mensurados. Essa abordagem metodológica “permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2010, p. 57).

Como referencial epistemológico deste estudo, se utilizou o Método Dialético Crítico, que possibilita interpretar a realidade e, ao mesmo tempo, a partir dessa interpretação, busca sua transformação. Segundo menciona Prates,

Este método nos auxilia com instrumentos que possibilitam não só realizar a leitura crítica da realidade social, mas, e isto é fundamental, com subsídios para propor e intervir no real. Este método, associado a um conjunto teórico de fôlego, que se inspira no próprio movimento da realidade, histórico, contraditório, multicausal, aporta, além de categorias explicativas da realidade, elementos que nos permitem explicar a profissão como processo de trabalho, com seus condicionados e protagonistas (PRATES, 2005, p. 133).

Esse método contribui para uma apreensão e reflexão da realidade de forma crítica, como também subsidia a intervenção profissional visando a sua transformação de maneira propositiva. Conforme Triviños (1987, p. 51), o método “realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento”.

O Método Dialético Crítico possui como categorias centrais a totalidade, a historicidade e a contradição. A totalidade se expressa na integralidade, a qual possibilita ver o sujeito como uma unidade. De acordo com Kosik,

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 1989, p. 42).

Nesse sentido, a categoria historicidade reconhece o movimento, o seu processo e a sua provisoriedade, não apenas dos sujeitos e dos fenômenos, como também das estruturas (PRATES, 2005). Para Kosik (1989, p. 218), a “história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes”.

A contradição expressa a ideia de motor do movimento, pois “ao negarmos um estado, uma etapa, uma necessidade, instigamos a reação oposta (a negação da negação), estimulamos a superação, porque a contradição é insuportável e tendemos a tentar superá-la” (PRATES, 2013, p. 7). Portanto, as categorias do método dialético estiveram presentes em todo o desenvolvimento deste trabalho, assim como as categorias explicativas da realidade constituídas pelas políticas públicas de saúde, gênero e uso de drogas.

A partir dessa perspectiva teórico-metodológica, é preciso discorrer sobre as demais travessias percorridas nesta pesquisa, como seu universo, a amostra, os instrumentos e técnicas utilizados, o procedimento de coleta e, posteriormente, a análise dos dados encontrados. Todos esses procedimentos estiveram ancorados pelo problema de pesquisa e os objetivos estabelecidos.

Dessa maneira, a coleta e análise dos dados se iniciaram com a pesquisa documental, que tem como característica “a fonte de coleta de dados [...] restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 173).

Com isso, a pesquisa documental foi realizada a partir da análise da categoria *gênero* nos textos dos documentos oficiais, como políticas públicas, legislações, e planos municipal (Porto Alegre) e estadual (Rio Grande do Sul) de saúde. A busca foi feita com base nos sites oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES) e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS). Para a organização dos dados analisados foi construída uma tabela com informações como: o nome do documento; a data de publicação; a instância em que foi publicada; a existência ou não da perspectiva de gênero nos documentos; e as observações realizadas a partir da leitura dessas publicações.

Para responder aos demais objetivos e assim aproximar-se dos sujeitos da pesquisa, se desenvolveu a coleta de dados nos serviços de saúde mental que constituem a rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas no Município de Porto Alegre. Inicialmente a proposta era de se realizar a coleta de dados em todos os serviços da rede de saúde mental para atenção a usuários de álcool e outras drogas do município, mas devido ao tempo para a conclusão do mestrado e aos trâmites legais para a aprovação da pesquisa nos diversos comitês de ética,

além do grande número de sujeitos que fariam parte da amostra, se optou pela escolha de um serviço por nível de atenção.

Dessa forma, a amostra foi composta por representatividade de cada um dos serviços representados por níveis de atenção, constituindo-se de um serviço vinculado à atenção básica, um serviço especializado em saúde mental e um serviço da alta complexidade.

Tabela 1: Metodologia da pesquisa

Nível de atenção	Serviço	Sujeitos	Instrumento
Atenção Básica	Consultório na Rua	1 usuária 8 trabalhadores(as)	Entrevista Grupo focal
Atenção Especializada	CAPSAD	1 usuária 12 trabalhadores(as)	Entrevista Grupo focal
Alta Complexidade	Hospital Materno Infantil	1 usuária 1 trabalhadora	Entrevista Entrevista
Total		24 sujeitos	

Fonte: Dados sistematizados.

Nesses serviços foi realizada a técnica de grupo focal com os trabalhadores que, conforme Minayo (2010), se constitui em um tipo de entrevista ou conversa em pequenos grupos homogêneos, sendo necessário planejamento prévio a fim de obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explicitar divergências.

O grupo focal foi realizado em dois serviços de saúde, no CR e no CAPSAD. No Hospital não foi possível realizar esta técnica devido à constituição do processo de trabalho nessa instituição, havendo dificuldade de reunir a equipe para realizar o grupo. Assim, nesse serviço se utilizou como instrumento de coleta a entrevista com uma profissional da equipe.

Também foi realizada a coleta de dados através da técnica de entrevista com uma usuária de cada um dos respectivos serviços. Essa entrevista foi combinada com a equipe que indicou o nome, respeitando as condições de saúde e o desejo das usuárias pela participação na pesquisa.

A técnica da entrevista se configura como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (MARCONI, 2003, p. 84).

Essas entrevistas foram do tipo semiestruturada, as quais se constituem como uma “série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas podendo o entrevistador acrescentar perguntas de esclarecimento” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 189). Assim, foi utilizado nessa técnica um roteiro pré-estabelecido, com perguntas abertas e fechadas.

A análise dos dados foi realizada amparada na análise de conteúdo de Bardin (1977), e se realizou uma leitura flutuante dos materiais coletados ao longo da pesquisa e da construção do quadro de operacionalização das categorias de análise. Conforme essa autora, a análise de conteúdo é composta por três fases: se inicia com a pré-análise, que corresponde à fase da organização dos materiais; posteriormente, inicia-se a exploração dos materiais, realizando o estudo aprofundado a partir do referencial teórico; e, por último, o tratamento dos resultados, através de sua análise (BARDIN, 1977).

O desenvolvimento dessa pesquisa se fundamentou em preceitos éticos, a partir Resolução do CONEP nº 466/12, do Ministério da Saúde³, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tendo em vista que os sujeitos envolvidos neste estudo estão em situação de vulnerabilidade em razão de realizarem tratamento de saúde, bem como o estigma social que sofrem devido ao uso de substâncias psicoativas, houve o compromisso ético da pesquisadora em respeitar a individualidade e privacidade dos indivíduos, prevalecendo o respeito, a dignidade, os sentimentos, valores, crenças, entre outras questões.

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação da Comissão Científica e do Comitê de Ética da PUCRS (Parecer de Aprovação nº 760.466) e demais comitês das instituições participantes da pesquisa, obtendo parecer de aprovação em todas essas. Os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa, conforme consta na legislação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da construção de relatório de pesquisa e encaminhados para as instituições nas quais a pesquisa foi realizada. Haverá a divulgação dos resultados através de publicações de artigos

³ Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

científicos, apresentação em eventos relacionados ao tema da pesquisa e, se possível, nas instituições onde foram coletados os dados.

A presente pesquisa tem como título “Onde estão as mulheres? a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas”, título que emergiu a partir do relato dos trabalhadores dos serviços pesquisados, que explicitaram a interrogação quanto às mulheres que fazem uso de drogas, devido ao pequeno número de mulheres em atendimentos nessas instituições. O termo homogeneização, conforme Ferreira, se refere ao que “torna-se homogêneo”, isso é, “de composição uniforme, cujos elementos se equivalem” (2008, p. 278), e emergiu dos relatos dos profissionais quanto aos atendimentos ofertados às usuárias, semelhantes aos oferecidos aos homens, sem haver uma atenção às especificidades femininas.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos principais. O segundo versa sobre a mulher, abordando os mitos de criação que transcendem a simbologia mística e se tornam integrantes do imaginário social e cultural sobre a mulher, contribuindo para construção de um papel social historicamente impostos a elas, permeados por valores cristãos que legitimam a relação hierárquica entre os sexos. Procura, ainda, expor a inserção da mão de obra feminina no mercado de trabalho a partir do advento do sistema capitalista. Por fim, mostra a origem do movimento feminista, suas reivindicações e conquistas, principalmente no que tange à saúde da mulher, como também a construção do termo gênero a fim de superar a abordagem biológica atribuída a homens e mulheres, privilegiando as relações sociais entre ambos.

No terceiro capítulo, se apresenta o resgate histórico sobre o uso de drogas em diferentes culturas, a partir dos distintos significados e atribuições do consumo dessas substâncias que perpassam questões culturais, históricas e econômicas que acompanham o desenvolvimento da sociedade. Ainda, aborda-se a constituição das políticas públicas que balizam as práticas assistenciais de atenção aos indivíduos que fazem uso de drogas, assim como a interseção entre mulheres e drogas nos seus diferentes aspectos.

O quarto capítulo é constituído pela interpretação e discussão dos resultados, iniciando-se a apresentação dos dados encontrados através de levantamento bibliográfico sobre o tema drogas, mulheres e gênero, a fim de conhecer a produção teórica sobre a referida temática. Posteriormente, apresenta-se

a pesquisa documental tendo como escopo a análise da categoria gênero inscrita ou não nos documentos oficiais nos três níveis de gestão – federal, estadual e municipal – buscando atender ao objetivo de conhecer como as políticas de saúde da mulher e as políticas de saúde em álcool e outras drogas enfocam as transversalidades de gênero em suas ações. Posteriormente a isso, dá-se voz aos sujeitos pesquisados, aos trabalhadores e às usuárias dos serviços de saúde de atenção ao uso de álcool e outras drogas, apresentando o que foi explicitado pelos sujeitos da pesquisa e a análise desses dados coletados.

Por fim, as considerações finais desse estudo, retomando os aspectos centrais da pesquisa que estruturam a construção desse trabalho, apresentando as reflexões a partir dos resultados encontrados e as possibilidades de caminhos a serem percorridos.

2. MULHER

Fundação do machismo

Como se tal suplício fosse pouco, Zeus também castigou a traição de Prometeu criando a primeira mulher. E mandou de presente para nós.

De acordo com os poetas do Olimpo, ela se chamava Pandora, era bela e curiosa e um tanto atarantada.

Pandora chegou à terra com uma grande caixa nos braços. Dentro da caixa estavam, prisioneiras, as desgraças. Zeus tinha proibido Pandora de abrir a caixa; mas nem bem aterrissou entre nós, ela não aguentou a tentação e destampou-a.

As pragas desandaram a voar e nos cravavam seus ferrões. E assim a morte chegou ao mundo, e chegaram a velhice, a doença, a guerra, o trabalho...

De acordo com os sacerdotes da Bíblia, outra mulher, chamada Eva, criada por um Deus em outra nuvem, também só nos trouxe calamidades (GALEANO, 2008, p. 34-35).

O presente capítulo versa sobre a mulher, parte-se da recuperação histórica das concepções sociais acerca do universo feminino, com os mitos de criação que transcendem a simbologia mística e se tornam integrantes do imaginário social e cultural sobre a mulher e a influência dos valores cristãos que legitimam a relação hierárquica entre os sexos. Aborda-se a inserção da mulher no mercado de trabalho a partir do advento do sistema capitalista e, apresenta-se a origem do movimento feminista, suas reivindicações e conquistas, principalmente no que tange à saúde da mulher. Apresenta-se a construção do termo gênero a fim de superar a abordagem biológica atribuída às mulheres e homens, privilegiando as relações sociais entre ambos.

2.1 Mulher na mitologia: entre o sagrado e o profano

Desde a mitologia grega até a Bíblia, as referências à mulher em diferentes culturas e tempos históricos se fazem de forma enfática e carregada de sentidos. O mito opera como um meio de interpretar o mundo, podendo expressar o que as pessoas desejam ou temem, “sua função é, primordialmente, acomodar e tranquilizar o ser humano em um mundo assustador” (ARANHA, 2003, p. 72).

Na mitologia judaica, há a crença da primeira mulher criada por Deus, denominada de Lilith, feita a sua semelhança, caracterizada como contestadora, irreverente e reivindicadora. Lilith recusou submeter-se a Adão, negando com ele deitar-se, e questionando o motivo para aceitá-lo, uma vez que ambos eram da mesma categoria, feitos de pó. Lilith se escondeu no Mar Vermelho onde mantinha

relações sexuais com demônios, parindo mais de cem filhos por dia. Castigada por Deus, morreram cem desses filhos demoníacos. A partir da sua união com Adão, teriam nascido vários outros demônios que perturbam a humanidade. Assim, Lilith é simbolizada como a lua negra, lado obscuro da alma feminina, representada com uma natureza satânica e animalesca, atribuída ao desejo e luxúria (WERBA, 1999).

Também é possível encontrar a interpretação de que Lilith foi expulsa do Paraíso e se tornou a serpente que posteriormente instigou Eva a comer o fruto proibido. O mito de Adão e Eva consta no livro de Gênesis, da Bíblia, sendo um dos mais populares mitos de criação e narra que Eva teria sido criada da costela de Adão e ambos viveram no Jardim do Éden com o objetivo de procriar e povoar a terra com seus descendentes. Ali poderiam viver em harmonia desde que obedecessem apenas uma regra: não comer da fruta de determinada árvore.

Porém, Eva foi estimulada pela serpente a provar do fruto proibido, que provém da árvore do conhecimento do bem e do mal, e também dá o fruto para Adão comer. Por tal ato são expulsos por Deus do Paraíso e castigados pelo pecado cometido. Ao homem foi estabelecido a punição de lavrar a terra fértil, à mulher a dor do parto e à serpente condenada a rastejar para sempre.

A visão sobre as mulheres narrada nesses mitos de criação transcende a simbologia mística e passa a fazer parte do imaginário social e cultural sobre a figura feminina. Pandora, Lilith e Eva são dotadas de atributos considerados negativos, pois associados à transgressão, desobediência, curiosidade, pecado, ameaça e, assim, responsabilizadas por disseminar as mazelas do mundo. Por essas características, devem ser castigadas e submetidas ao poder do homem e da divindade, o que “inscreve-se a partir daí a associação permanente entre luxúria, pecado, perdição, diabo e mulher” (WERBA, 1999, p. 146).

Nessa perspectiva, a partir do século XV, a caça às bruxas passa a ser corriqueira. As mulheres são acusadas de realizar práticas de feitiçaria pelo uso de plantas com efeitos psicoativos e de realizar práticas sexuais com o diabo. São consideradas pagãs pelos rituais que desenvolviam e julgadas pela Inquisição Católica através do livro *Malleus Maleficarum* – O Martelo das Feiticeiras – publicado em 1487, manual que embasou o julgamento das autoridades inquisitoriais contra as práticas consideradas como bruxaria e o uso de métodos de tortura para realizar a confissão dos seus atos e condená-las à fogueira. Com isso, é possível conhecer os

tratamentos especialmente perversos destinados às mulheres nesse momento histórico.

Por outro lado, a Igreja também constrói uma identidade mística para a mulher através da Virgem Maria, mãe de Cristo, com a simbologia da pureza através da virgindade, pois o sexo é considerado pecado e a mulher é a fonte desse. Ao mesmo tempo, Maria Madalena é denominada adúltera e prostituta, considerada digna de ser apedrejada, uma antítese da Virgem Maria. Dessa forma, a mulher, mais que o homem, é cerceada, vigiada e torturada pela Igreja e a sociedade.

O Cristianismo impõe seus valores no mundo ocidental e a mulher passa a ocupar um papel secundário e de pouca visibilidade em uma sociedade na qual a divindade e os valores morais são atribuídos a figura masculina. Ao homem é permitido o mundo dos prazeres, da liberdade e da decisão.

A hierarquia no grupo familiar se faz segundo o preceito bíblico de que o homem é a cabeça, e a mulher o coração. Sendo a emoção considerada inferior à razão, ao homem cabe, “naturalmente”, o governo da casa e da mulher. A sujeição da mulher ao homem é, pois, princípio inatacável e de validade eterna para a Igreja (SAFFIOTI, 2013, p. 145).

A hierarquização da família ocorre com a institucionalização do matrimônio religioso, em que o casamento é considerado uma instituição divina, fundamentado em valores religiosos que delegam atitudes e papéis para mulheres e homens. Em 1930, o Papa Pio XI promulgou a Encíclica *Casti Connubii*, apresentando considerações sobre o matrimônio cristão e o papel da mulher na instituição familiar. Assim, são sancionadas pela Igreja as assimetrias e desigualdades com que historicamente as mulheres vêm sendo tratadas, encobertas e justificadas pela retórica do amor.

Ligada, enfim, com o vínculo desta caridade a sociedade doméstica, florescerá necessariamente aquilo que Santo Agostinho chama a ordem do amor. Essa ordem implica de um lado a superioridade do marido sobre a mulher e os filhos, e de outro a pronta sujeição e obediência da mulher, não pela violência, mas como a recomenda o Apóstolo com estas palavras: “Sujeitem-se as mulheres aos seus maridos como ao Senhor; porque o homem é cabeça da mulher, como Cristo é cabeça da Igreja” (CRUZ *apud* PIO XI. Encíclica *Casti Connubii*, 1930, p. 886).

Esse documento papal sacramenta a condição subalterna da mulher em relação ao marido, submetendo-a ao homem com obediência e resignação, legitimando a hierarquização familiar na qual “o pai, o marido assume a delegação dos poderes de Deus” (BADINTER, 1980, p. 31). Sendo o próprio Deus simbolizado

pela figura masculina, tornam-se os homens mais próximos a ele, distanciando a mulher dessa divindade, sendo a relação feminina com Deus mediada pelo homem, pois esse representa a figura de Cristo no espaço familiar.

Nesse contexto, a influência religiosa se torna central para a compreensão dos valores impostos à conjuntura familiar e à figura da mulher nesse espaço. A mulher assume o papel social de progenitora e suas relações sexuais são realizadas apenas com o objetivo de procriação, pois ao prazer sexual feminino é atribuído a condição de pecado. Saffioti (2013, p. 148) relata que a “Igreja Católica nunca deixou de ver a sexualidade como algo sujo e indigno, exceto quanto submissa à única finalidade que ela reconhece no matrimônio: a procriação”.

A construção social de um ideal de mulher que precisava ser sinônimo de pureza, análogo à virgem Maria, que devia casar-se virgem, pois a virgindade era considerada sagrada e pré-requisito para constituir a vida familiar e o matrimônio, por muito tempo moldou a mulher nas suas relações. Isso pois o universo feminino é “determinado, moldado e organizado por processos sociais para além de sua experiência e emerge das inter-relações de muitos mundos experienciados” (SMITH *apud* GROSSI; AGUINSKY, 2012, p. 26). Essas relações determinam a vida cotidiana e as experiências pessoais. Desse modo, a figura feminina assume características como frágil, sentimental, dedicada ao lar e à família, compreensiva, companheira, cuidadora, entre outras.

Nessa perspectiva, a educação das mulheres era voltada aos afazeres domésticos, a fim de prepará-las para o casamento, servir aos seus maridos e educar os filhos. Primeiramente a mulher devia respeito ao pai e, posteriormente, ao marido. Assim, à mulher cabiam as tarefas de cunho doméstico, de cuidado do lar e dos filhos, tornando-se uma boa companhia para o marido, a quem devia respeito, obediência e fidelidade. Ao homem, incumbe a esfera pública, o trabalho para arcar com o sustento do lar e ser o chefe da família. Consagra-se, assim, a divisão sexual do trabalho, das responsabilidades e dos poderes.

A imposição da mulher ser mãe e cuidadora dos filhos cria o que Badinter (1980) denomina de “mito do amor materno” e a verdade de que toda a mulher nasce constituída por tal sentimento de devoção e amor ao filho. Essa autora traz importantes considerações sobre essa temática e coloca em suspensão algumas verdades constituídas secularmente:

Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. Como, então, não chegar à conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente? Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É "adicional" (BADINTER, 1980, p. 306).

Essa imputação valorativa do amor materno desconsidera o sentimento amoroso como uma construção social, no qual nem todas as mulheres estão imbricadas. A mulher que não deseja ter filhos e/ou criá-los sofre com a repressão moral imposta pela sociedade que constitui a verdade de que, para atingir a realização pessoal e a felicidade, a mulher tem que ser mãe e estar imbuída do sentimento do amor materno por sua prole.

Outra questão que envolve a maternidade é a amamentação, que além de contribuir com a nutrição do filho, também reforça a posição da mulher como única responsável pela vida da criança. Se a mulher possui algum impedimento de saúde para realizar a amamentação ou se não deseja fazê-la, ela é culpabilizada pela saúde e/ou adoecimento do filho, podendo ser considerada como defeituosa e sua capacidade materna passa a ser questionada.

O ato de amamentar possui uma dimensão histórica e cultural que, de acordo com o momento histórico tem atribuições distintas, pois além de ser uma prática instintiva e natural, é também composta por determinações sociais. As mulheres pertencentes à nobreza não costumavam amamentar seus filhos, sendo essa tarefa realizada pelas chamadas amas de leite, isso é, mulheres advindas das camadas sociais mais pobres que realizavam trabalhos de cunho domésticos, ou até mesmo escravas.

Mães, sogras e parteiras desaconselham a jovem mãe a amamentar, pois a tarefa não é nobre o bastante para uma dama superior. Não ficava bem tirar o seio a cada instante para alimentar o bebê. Além de dar uma imagem animalizada da mulher "vaca leiteira", é um gesto despuadorado. Essa razão não é destituída de peso no século XVIII. O pudor é um sentimento real que não podemos deixar de lado nessa recusa de amamentar. Se a mãe amamentasse, devia esconder-se para isso, o que interrompia por um longo período a sua vida social e a de seu marido (BADINTER, 1980, p. 96).

Durante este período a amamentação era vista negativamente e com um certo pudor pelas mulheres da nobreza, havendo conotação de classe social para tal

ato. O argumento vinculado à vaidade feminina também estava presente, pois o exercício da amamentação poderia deformar o corpo feminino e tornar a mulher mais feia.

A amamentação também era considerada como algo que atrapalhava a relação sexual do casal, pois muitos maridos se queixavam que a amamentação operava como um atentado à sua sexualidade e uma restrição ao seu prazer. Alguns possuíam aversão pelas mulheres que amamentavam, pois consideraram o aleitamento como sinônimo de sujeira, devido ao seu cheiro de leite e aos seus seios que gotejavam sem parar, de modo que esse ato passa a ser considerado um antídoto contra o amor, o que contribui ainda mais para a recusa das mulheres pela amamentação de seus filhos (BADINTER, 1980).

Todas essas questões e atribuições sociais impostas à maternidade moldam um padrão de relação social feminina em que a mulher deve encaixar-se. Caso isso não ocorra, a mulher se torna estigmatizada como imoral e colocada na condição de não-mulher, pois não consegue se adequar a esta condição moral.

Essas concepções e crenças contribuem para a construção do papel social dado às mulheres ao longo da história, permeado por valores cristãos que justificam a imposição do homem sobre a mulher, tecendo uma naturalização de aceitação cultural que legitima a relação hierárquica entre ambos, justificando exclusões, violências, estereótipos. Acrescenta-se que essas definições, normas e valores são instituídas por aqueles que detêm poder, o que tornava mais difícil a sua ruptura.

Tal forma de hierarquia destinava às mulheres o âmbito privado e a posição submissa em relação aos homens, que detêm o poder e podem circular livremente no cenário público, sem serem malvistas por isso, sendo, pelo contrário, sempre incentivados. Dessa forma, o controle das relações sociais acabava sendo centralizado nas mãos dos homens ou de tudo que é visto como masculino, sendo o poder social regulado por eles (BOTTON; STREY, 2012, p. 24).

Dessa maneira, o patriarcado impõe seu discurso normativo sobre as mulheres a fim de garantir a opressão sobre elas. Com base nessa subordinação, emerge a discriminação contra as mulheres legitimada pelos valores religiosos, influenciando e definindo as relações afetivas e sociais através de dispositivos de poder e de submissão. Assim, o patriarcado se constitui de um pacto masculino para garantir a opressão das mulheres no qual as relações hierárquicas entre os homens, como também a solidariedade existente entre eles, capacitam a categoria

constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres (SAFFIOTI, 2004).

O patriarcalismo tem seu pilar fundamental na família patriarcal, caracterizando-se pela autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre a mulher e aos filhos no âmbito familiar. Para o exercício dessa autoridade é necessário que o patriarcalismo permeie toda a organização da sociedade, os relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente, a personalidade (CASTELLS, 1999).

Desse modo, nas sociedades pré-capitalistas a família se constituía como uma unidade econômica e as atividades do trabalho eram também desempenhadas por mulheres de camadas menos privilegiadas, sendo o trabalho desenvolvido no núcleo familiar e para ele. Embora a mulher fosse inferior ao homem jurídica, social e politicamente, ela participava do sistema produtivo (SAFFIOTI, 2013).

No entanto, com o advento do capitalismo, essa realidade passa a se modificar com a inserção da mulher no mercado de trabalho. A fim de adensar ainda mais o seu processo de produção, as mulheres passam fazer parte do proletariado. Com isso,

O capital também teve a opção de ir para onde o trabalho excedente estava. As mulheres rurais do Sul global foram incorporadas à força de trabalho em todos os lugares, de Barbados a Bangladesh, de Ciudad Juarez a Dongguan. O resultado foi uma crescente feminização do proletariado, a destruição dos sistemas camponeses “tradicionais” de produção autossuficiente e a feminização da pobreza no mundo. O tráfico internacional de mulheres para a escravidão doméstica e prostituição surgiu, na medida em que mais de 2 bilhões de pessoas, cada vez mais amontoadas em cortiços, favelas e guetos de cidades insalubres, tentava sobreviver com menos de dois dólares por dia (HARVEY, 2011, p. 20).

Nessa perspectiva, a mão de obra feminina é incorporada de forma expressiva pelo capital, com longas jornadas de trabalho e baixa remuneração. Marx (1996) aponta que a maquinaria permitiu o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com o desenvolvimento físico incompleto, com seus membros mais flexíveis, permitindo a utilização do trabalho de mulheres e crianças, ampliando o número de assalariados nas fábricas, e colocando todos os membros familiares sob o domínio direto do capital.

Rosen (1994) aponta que nas primeiras fábricas houve o emprego generalizado de mulheres e crianças, havendo diversos males como jornadas de

trabalho extremamente longas, condições insalubres, falta de ventilação, acidentes frequentes nas máquinas e pouco tempo para realizar as refeições.

Nas grandes fábricas havia a preferência de contratação de mão de obra feminina, como também a de crianças, por serem mais baratas que a dos homens e também pela sua constituição física, que as tornava mais propensas para o desenvolvimento de algumas atividades. Em muitas fábricas as trabalhadoras mulheres estavam em maior número. Porém, nos locais de trabalho onde se exigia maior força física, como as fábricas de lã, os homens se encontravam entre a maioria dos contratados (MARX, 1999).

O trabalho feminino também foi incorporado nas minas de carvão, onde as mulheres eram usadas para carregar e arrastar carros carregados de carvão em passagens estreitas e levar carvão até a superfície em cestos carregados nas costas. Costumavam trabalhar quase completamente nuas ao lado de homens, deixando-as mais expostas ao abuso e violência sexual, além dos efeitos nocivos para sua saúde devido às condições de trabalho (ROSEN, 1994).

Assim, o trabalho feminino foi sendo incorporado no processo de desenvolvimento e acumulação do capital, ampliando seus espaços de atuação e atividades desenvolvidas de acordo com as exigências do mercado. Nesse sentido, a mulher deveria estar atenta “para os mínimos detalhes da vida cotidiana de cada um dos membros da família, vigiar seus horários, estar a par de todos os pequenos fatos do dia-a-dia, prevendo a emergência de qualquer sinal da doença ou do desvio” (RAGO, 1985, p. 62), pois todos esses cuidados eram necessários para o incremento de sua força de trabalho.

Outra questão preponderante da atuação da mulher no contexto de exploração do trabalho é a sua participação no movimento operário, que, conforme Rago (1985), foi um movimento liderado por homens e obstaculizou a participação feminina nas entidades de classe, nos sindicatos e no espaço de produção, reforçando ainda mais o ideário burguês da mulher restrita às atividades domésticas e de exercício da maternidade. Apesar do grande número de mulheres que estavam inseridas na classe operária, os militantes do movimento operário não legitimavam a participação feminina, tratando-as com descrédito, desvalorizando sua capacidade política e combativa frente às lutas do movimento.

De acordo com Rago (1985), havia nos homens, o sentimento de humilhação quando eram substituídos pelas mulheres no processo de trabalho e o

movimento operário atribuía à mulher uma imagem de sexo frágil, física e moralmente, reiterando atitudes paternalistas com o intuito de protegê-las e, assim, manter a liderança sobre elas.

Essas características que permeiam a divisão de relações entre mulheres e homens são denominadas por Engels (2002) como a primeira divisão social do trabalho, na qual se constituem atribuições distintas entre ambos os sexos na divisão sexual do trabalho e que busca nessa divisão a sustentação dos modos de produção.

A divisão do trabalho, na qual estão dadas todas as contradições e que repousa, por seu turno, na divisão natural do trabalho na família e na superação da sociedade em diversas famílias que se opõem entre si, envolve ao mesmo tempo a distribuição e, com efeito, a distribuição desigual, quantitativa e qualitativamente, do trabalho como de seus produtos; isto é, envolve a propriedade, que já tem seu germe, sua primeira forma, na família em que a mulher e os filhos são escravos do marido. A escravidão na família, embora rudimentar e latente, é a primeira propriedade pela qual dispõe do poder de dispor da força de trabalho de outrem (ENGELS, 2002, p. 59).

Desse modo, a mulher assume um papel secundário na divisão social do trabalho, pois possui menor força física para a execução de alguns serviços. Assim, se criam atividades consideradas exclusivamente femininas e atividades consideradas naturalmente masculinas. Essa divisão expressa a segmentação e hierarquização do trabalho entre homens e mulheres, distribuído de forma desigual, tendo na família seu espaço precursor.

Com a entrada no proletariado, a mulher divide o âmbito privado do lar e as atividades como dona de casa e passa a circular em outros espaços públicos para além do local de trabalho, como em ruas, praças e eventos sociais. “A incorporação maciça da mulher na força de trabalho remunerado aumentou o seu poder de barganha vis-à-vis o homem, abalando a legitimidade da dominação deste em sua condição de provedor da família” (CASTELLS, 1999, p. 170).

O ingresso da mulher na força de trabalho alavancou processos de emancipação feminina por meio da conquista de autonomia econômica que lhes possibilitou romper com relações afetivas de subalternidade e opressão, resultando na ampliação de famílias chefiadas por mulheres devido a dissolução de casamentos. A partir dessas questões a mulher incorpora mais atividades no seu cotidiano, pois continua desenvolvendo as atividades do lar, os cuidados maternos,

o papel de esposa, e ainda acrescenta a tudo isso o mundo do trabalho, assumindo dupla e/ou tripla jornada de trabalho.

A entrada da mulher no mundo do trabalho é permeada de contradições, pois se por um lado essa incorporação lhe possibilita oportunidades de emancipação e autonomia, por outro tal proletarização feminina esbarra em dificuldades como a sua inserção muitas vezes precária, com baixa remuneração, a discriminação com relação à contratação e ascensão profissional, e a dificuldade de conciliar o trabalho com as tarefas de cuidado com o lar e os filhos, atividades que lhes são histórica e socialmente impostas, expondo a mulher num contexto de exploração e dominação do capital.

Nesse sentido, essa mesma ordem social que submete as mulheres por sua suposta fragilidade a uma condição de exploração, ao mesmo tempo e pelo mesmo processo conduz ao seu fortalecimento e autonomia. Assim, a imagem da mulher frágil e dependente abre espaço para uma mulher que a partir da “dura realidade exige outras qualidades nas mulheres trabalhadoras. Precisa agora de firmeza, decisão e energia, isto é, aquelas virtudes que eram consideradas como propriedade exclusiva do homem” (KOLONTAI, 2005, p. 17).

Portanto, é preciso estar atento para não reduzir a entrada feminina no mercado de trabalho a questões exclusivamente econômicas, o que acarretaria numa redução das conquistas femininas a partir de lutas e reivindicações desencadeadas pelo movimento de mulheres feministas, na busca por superar as disparidades entre mulheres e homens.

2.2 Mulher em movimento: gênero e saúde

O movimento feminista tem sua origem no século XIX, com o movimento liberal das mulheres pela igualdade de direitos civis, políticos e educativos, direitos reservados apenas aos homens. Esse momento histórico é considerado como a primeira onda ou primeira fase do feminismo, marcado por reivindicações de direito ao voto, à vida pública e a denúncia da opressão da mulher.

A denominada segunda onda ou fase do movimento feminista iniciou entre as décadas de 1960 e 1970, mais especificamente na França e Estados Unidos. As feministas francesas requeriam a valorização das diferenças entre homens e mulheres, dando visibilidade, principalmente, à especificidade da experiência

feminina, geralmente negligenciada. Já as feministas americanas enfatizavam a denúncia da opressão masculina e a busca da igualdade (NARVAZ; KOLLER, 2006).

A terceira onda do feminismo teve início nos anos 1980, com suas propostas centradas na “análise das diferenças, da alteridade, da diversidade e da produção discursiva da subjetividade. Com isso, desloca-se o campo do estudo sobre as mulheres e sobre os sexos para o estudo das relações de gênero” (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 649). Segundo Scott (1995), esta fase está dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspiradas nas escolas da psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito.

A partir da luta pela igualdade entre os sexos e a necessidade de valorização da mulher é que surge o termo *gênero* na década de 1980, utilizado por feministas americanas e inglesas (SCOTT, 1995). Além da vinculação com teorias do movimento feminista, esse termo também possui diversos significados e atribuições, sendo discutido por muitas autoras influenciadas por diferentes correntes teóricas, as quais perpassam concepções baseadas na diferença biológica, sexual, construção social e cultural. De acordo com Scott, o termo gênero:

[...] faz parte das tentativas levadas pelas feministas contemporâneas para reivindicar certo campo de definição, para insistir sobre o caráter inadequado das teorias existentes em explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens (SCOTT, 1995, p. 19).

Nessa perspectiva, a autora refere que o termo gênero é elemento constitutivo das relações sociais e históricas fundadas sobre diferenças apreendidas entre ambos os sexos, mas que não são consequências diretas nem da biologia, nem da fisiologia, mas que explicam as persistentes desigualdades entre mulheres e homens (SCOTT, 1995).

A partir dessa compreensão, o termo gênero se torna um conceito que visa à superação da abordagem biológica atribuída a homens e mulheres, utilizada para distinguir e separar os sexos. A finalidade do uso deste termo é de enfatizar essa origem social recusando a ideia de “uma determinação natural dos comportamentos de homens e de mulheres” (GROSSI, 1998, p. 4).

Saffioti (2004) afirma que gênero não é tão somente uma categoria analítica, mas também uma categoria histórica e sua dimensão adjetiva exige uma inflexão do

pensamento, podendo estar presentes nos estudos sobre a mulher. Assim, gênero se refere

[...] às representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando inter-relacionadas. Ou seja, como pensar o masculino sem evocar o feminino? Parece impossível, mesmo quando se projeta uma sociedade não ideologizada por dicotomias, por oposições simples, mas em que masculino e feminino são apenas diferentes (SAFFIOTI, 2004, p. 116).

Nesse sentido, o termo gênero é compreendido para além do binômio homem *versus* mulher, superando também a abordagem biológica entre os sexos, constituindo-se num caráter mais abrangente, em que considera as relações sociais existentes entre ambos. Torna-se imprescindível superar a dicotomia entre masculino e feminino, compreendendo que ambos estão intrinsecamente relacionados entre si, pois se constituem um através do outro. Com isso, “para conhecer, por exemplo, como são as mulheres socialmente construídas, também temos que conhecer os homens, socialmente construídos” (STREY, 2012, p. 54).

Portanto, é no bojo do movimento feminista que as desigualdades entre homens e mulheres são questionadas, assim como, a contestação aos ideários patriarcais que historicamente estabeleceram uma relação hierárquica entre ambos os sexos, a qual confere à mulher um papel de inferioridade e subalternidade em relação ao homem.

No Brasil, o movimento feminista surge na década de 1970, momento de efervescência dos movimentos sociais no país, caracterizando-se pela resistência e luta contra a ditadura militar. Esse movimento se inicia com grupos formados por mulheres feministas oriundas da classe média, em sua maioria com nível de formação no ensino superior e inspiradas no feminismo europeu e norte-americano (BARSTED, 1994).

Nesse contexto surgem as reivindicações do movimento feminista para além da luta contra a ditadura, também vinculado a questões culturais com relação à discriminação e subordinação da mulher ao longo da história, questionando,

[...] as estruturas públicas de poder como as estruturas privadas: a família e a relação entre os sexos. Luta por reformas legais, denúncia da opressão do Estado e do mercado de trabalho, denúncia dos esquemas de dominação da família, declaração do direito de dispor do próprio corpo, luta pela legalização do aborto, pela desrepressão sexual, luta contra a violência sexual e doméstica (BARSTED, 1994, p. 40).

Entretanto, devido a alianças com os demais movimentos de mulheres de bairros, com reivindicações voltadas para questões relativas à anistia política, custo de vida, baixos salários, entre outros (MAGALHÃES, 2001), esses movimentos passam a ter características heterogêneas em suas formações e lutas, com objetivos distintos entre si.

As pautas de lutas desses grupos de mulheres demonstram o engajamento político dessas, que começam a ganhar visibilidade na sociedade, materializando-se em conquistas na garantia de direitos para o universo feminino. Uma destas conquistas, foi a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985, tendo como objetivos:

Promover, em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país (BRASIL, 1985, p. 1).

Conforme consta no artigo 6º dessa Lei, o CNDM é composto por dezessete integrantes e três suplentes, escolhidos entre pessoas que tenham contribuído significativamente em prol dos direitos da mulher e designados pelo Presidente da República, para mandato de quatro anos. Esse Conselho, no ano de 1985, deu início a uma campanha nacional denominada de “Mulher e Constituinte”, tendo como lema “Constituinte pra valer tem que ter direitos da mulher”, a fim de nortear as discussões e propostas femininas para a construção de um novo texto constitucional.

O CNDM, através da articulação com movimentos locais, levantou propostas de mulheres em todo o país, que resultou na construção da “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”. Essa carta foi entregue no ano de 1987 para a Assembleia Nacional Constituinte, contendo diversas propostas das mulheres, composta por reivindicações específicas como a família, o trabalho, a saúde, a educação e cultura, a violência e as questões nacionais e internacionais.

No que tange à saúde da mulher, foram elencadas dez propostas dentre as quais estavam: a garantia de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, independente de sua condição biológica de procriadora, através de programas governamentais discutidos, implementados e controlados com a participação das mulheres; a garantia do direito da mulher de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo; o direito de amamentar seus filhos ao seio; a garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal,

parto e pós parto, com direito de evitar ou interromper a gravidez, sem prejuízo para a saúde da mulher; o dever do Estado em oferecer acesso gratuito a métodos anticoncepcionais, ampliando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e ao momento específico de sua história de vida, entre outras⁴.

Esse documento também incorporou reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária, pautando questões pertinentes à saúde pública como o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado, defendendo a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma política nacional para implantação de serviços de saúde públicos e com a participação da população referente aos seus programas e financiamentos.

Nessa perspectiva, o movimento de mulheres tem como uma de suas pautas a saúde, discutindo questões como o conhecimento do corpo e a sexualidade. Nos anos 1980, esse movimento amplia suas reivindicações e passa a lutar por demandas como o direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde, entre outras questões (SANTOS, 2005). O tema da saúde também começa a ser discutido por outros atores sociais, como o Movimento Popular em Saúde e o Movimento Médico, em que defendiam uma reformulação desse setor, o que desencadeou na proposta da Reforma Sanitária brasileira.

Assim, o movimento feminista se integrou às discussões da Reforma Sanitária no contexto do conceito ampliado em saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde cria em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surge como algo inovador na intervenção à saúde da mulher, contemplando a perspectiva de integralidade da atenção.

Costa (2004) refere que o PAISM é resultado da junção de duas vertentes. A saúde em sua integralidade, defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária, e a vertente defendida pelo movimento feminista por políticas específicas para mulheres, que de forma democrática possibilitassem informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade.

A criação desse programa supera uma lógica fragmentária de atenção à saúde da mulher voltada apenas para as questões reprodutivas e passa a ter uma

⁴ Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/constituintes/a-constituente-e-as-mulheres/Constituente%201987-1988Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

visão global de suas necessidades através da perspectiva da integralidade na atenção as mulheres.

Assim, o conceito de integralidade em saúde, deve abranger ações que, na implantação dos planos de atenção à saúde, incluam aspectos do ser humano em sua verticalidade e horizontalidade, ou seja, em sua complexidade de forma intra e extrarrelacional, em busca de garantia e qualidade de vida, já que o indivíduo não é apenas um corpo orgânico; é fruto do ambiente que o cerca e determina sua forma de agir, pensar e acumular experiências (MANDÚ, 1999).

Vale destacar que no contexto em que se deu a criação do PAISM ainda não havia sido promulgada a Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, nem o SUS. Assim, esse programa foi uma referência para a construção do SUS ao abordar a questão da integralidade, que, posteriormente, veio a ser preconizada como um dos princípios desse sistema em sua legislação.

O PAISM se constitui como um marco nas políticas públicas para as mulheres, pois segundo Osis (1998, p. 31) “as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério”, rompendo com a visão ligada à mulher somente com relação às questões de reprodução.

Apesar dos avanços desencadeados pelo PAISM, ele também foi alvo de inúmeras críticas, como a falta de implantação em todo país, a dificuldade de executar sua proposta de integralidade e, como aponta Osis (1998, p. 31), “a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa”.

Com o advento do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina, propondo que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, fases da vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase (SANTOS, 2005).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde publica o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), do qual consta que houve a contribuição do movimento de mulheres, movimento negro, das trabalhadoras rurais, entre outros atores da sociedade, para a sua construção. Esse documento incorpora

O enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5).

A partir de tais enfoques que foi construída essa política, visando superar as dificuldades e lacunas deixadas pelo PAISM, tendo como uma de suas inovações a incorporação da perspectiva de gênero, considerando-as como um dos determinantes de saúde.

É pertinente mencionar que nessa política se consideram os aspectos geracionais como adolescência e climatério/menopausa, focando sua abordagem em questões relativas à saúde sexual e reprodutiva, com ações referente à gravidez e a prevenção de DST/Aids, voltadas para o público adolescente, e questões referente a reposição hormonal para as mulheres no período de climatério/menopausa.

A PNAISM tem como relevância a atenção à saúde para outros setores femininos, como mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural e em situação de prisão. A abordagem a esses segmentos de mulheres é importante, pois dá notoriedade a esse público historicamente excluído e desamparado social e economicamente.

Ao analisar o documento da PNAISM, se percebe que a grande maioria das ações e estratégias propostas estão relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, com ações voltadas para a gravidez e para prevenção das DST/Aids, entre outras questões. Apesar dos avanços já mencionados, nessa política ainda há prevalência no enfoque da saúde da mulher relacionada às questões de cunho sexual e reprodutivo, tornando-se necessária a superação dessa lógica para concretizar-se o princípio de integralidade na saúde da mulher.

Entretanto, para ampliar ainda mais as conquistas do movimento feminista por meio da construção de políticas públicas, foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, através da Lei nº 10.539, de setembro de 2002. A partir da articulação dessa Secretaria com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher foi promovida a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, no ano de 2004.

Como resultado dessa conferência, se obteve a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, onde foram discutidos o documento “Natureza, princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia”. Esse plano se estruturou em quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2004).

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorreu em 2007 com o objetivo de avaliar a implementação do Plano Nacional de Políticas para Mulheres e discutir sua participação nos espaços de poder. A partir dessa Conferência se constituiu o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, reafirmando os princípios do plano anterior e ampliando o campo de atuação do governo nessa política.

A partir disso foram incluídas novas estratégias como: participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; e enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2007).

Em 2011 foi realizada a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tendo como temática “Autonomia das Mulheres e Igualdade”, dividida em quatro eixos: autonomia econômica e social, cultural, pessoal e política. Diante do exposto, essas conferências nacionais demonstram um momento de mobilização e participação direta das mulheres na construção de planos nacionais de políticas públicas específicas para o universo feminino. Assim, áreas estratégicas de atuação desses planos foram se ampliando cada vez mais, agregando novas ações e garantindo a construção de novas políticas.

3. DROGA

Nesse capítulo apresenta-se o resgate histórico sobre o uso de drogas em diferentes culturas, a partir dos distintos significados e atribuições do consumo dessas substâncias que perpassam questões culturais, históricas e econômicas que acompanham o desenvolvimento da sociedade. Abordando também o uso de drogas na contemporaneidade, suas relações mercadológicas e as suas implicações sociais na vida dos sujeitos que a consomem. Ainda, evidencia-se a constituição das políticas públicas que balizam as práticas assistenciais de atenção aos indivíduos que fazem uso de drogas, assim como a interseção entre mulheres e drogas nos seus aspectos vinculados a criminalidade e consumo dessas substâncias.

3.1 Droga na história: remédio, alimento ou veneno

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade, de diferentes formas, em diversos contextos e com variados objetivos. Esse uso possuía inúmeras conotações e simbologias, com finalidades místicas, ritualísticas, obtenção de prazer, socialização, medicação, entre outras formas.

Desse modo, o uso de drogas não se constitui como um fenômeno da contemporaneidade, pois adquiriu valores distintos em diferentes contextos históricos e culturais. Conforme afirma Carneiro, as drogas são necessidades humanas utilizadas por quase todas as culturas a partir de necessidades médicas, religiosas e gregárias, e tornam-se “parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades” (CARNEIRO, 2002, p. 3).

As primeiras drogas aparecem em plantas ou em partes dessa, como resultado de uma coevolução entre o reino botânico e animal (ESCOHOTADO, 2009). Desde a pré-história diferentes culturas têm utilizado plantas ou substâncias de origem animal como um meio de alterar a consciência para fins diversos. Há registros presentes em tábuas sumérias do terceiro milênio antes de Cristo, cilindros babilônicos, imagens da cultura cretense-micênica e hieróglifos egípcios que apontam o uso medicinal de ópio (MACRAE, 2001).

No período da antiguidade clássica, as substâncias utilizadas eram ópio, vinho e cerveja. Sendo que o vinho e o ópio eram utilizados por cidadãos do Império

e a cerveja pelos bárbaros estrangeiros. O vinho deveria ser consumido com a mistura de água, pois na forma pura era considerado um ato de não cidadão. Seu consumo ocorria após as refeições como meio de sociabilidade, sendo que homens e mulheres bebiam separadamente, sugerindo uma forma de controle da violência. O uso do vinho era proibido entre as crianças, às quais se recomendava gotas de ópio para garantir um bom sono (ACSELRAD, 2011).

Na Grécia, vinhos e cervejas eram utilizados para fins cerimoniais e lúdicos; o cânhamo e algumas plantas – belenho, beladona e mandrágora – em ocasiões juntamente com o uso de incensos. Utilizavam também um extrato de haxixe com vinho e mirra para estimular reuniões privadas (ESCOHOTADO, 2009).

Entretanto, a droga mais popular entre os gregos foi o ópio, cuja planta representava o símbolo da deusa grega da fecundidade, Deméter. Sua simbologia se expressava no uso de broches com a forma de seu fruto, utilizado por mulheres casadas que ainda não possuíam filhos. O uso do ópio servia para tratar diversos males, como o envenenamento e a histeria. A escola hipocrática foi a primeira a apresentar a doença e cura como resultado de processos naturais (MACRAE, 2001).

O consumo de drogas na Grécia se baseava na dosagem, pois dependendo da quantidade utilizada poderia atuar como veneno ou remédio. O uso problemático que representava perigo social e individual era atribuído ao vinho, sendo este o símbolo do deus Dionísio (ESCOHOTADO, 2009). Os rituais a esse deus eram vinculados a práticas de orgias, o que demonstra o papel da mulher nesse mito, as denominadas bacantes.

As bacantes eram mulheres dedicadas ao culto de Dioniso que, uma vez por ano, deixavam suas cidades em direção às montanhas, onde participavam de festejos rituais nos quais cultuavam uma máscara de Dioniso, presa a um tronco de árvore, soltavam seus cabelos, embriagavam-se, matavam animais selvagens com as próprias mãos e os comiam crus. Tais rituais “selvagens” difundiram-se para a Itália, onde eram praticados por mulheres e escravos, até serem perseguidos e terminantemente proibidos pelos romanos (GUARINELLO, 2008, p. 192).

Na antiguidade grega, outro ritual que marcou sua história diz respeito aos Mistérios de Eleusis. De acordo com Escohotado (2009), sua iniciação ocorria no outono e, à noite, os participantes chamados de *epoptés* recebiam uma poção *kykeón*, composta de farinha e menta. Não há informações mais detalhadas com relação a esse ritual, pois ocorria secretamente e seus participantes realizavam um

juramento para mantê-lo em segredo. Alguns pesquisadores suspeitam que fossem acrescentados à farinha fungos com efeitos alucinógenos.

Na civilização romana o uso de drogas é influenciado pela cultura grega. No período dos Césares, durante reuniões sociais, se costumava fumar cânhamo a fim incitar a hilaridade e o desfrute. Mas as plantas mais populares em Roma foram a papoula e a videira. Os romanos apreciavam as bebidas alcoólicas, porém seu consumo era proibido para as mulheres e menores de 30 anos de idade. As mulheres poderiam ser condenadas à morte por esse ato (ESCOHOTADO, 2009).

Com relação à proibição feminina ao consumo do vinho, Escotado (2009) refere que esse impedimento não constava em lei e o ato de castigar a mulher ocorria se assim desejasse o *pater-famílias*, estando esse ato influenciado por valores morais. Conforme Nietzsche, os antigos romanos diziam que a mulher só podia cometer dois pecados mortais:

[...] entregando-se ao adultério e bebendo vinho. O velho Catão pensava que os costumes de se beijar entre parentes era pra controlar as mulheres a esse respeito; quem beijava perguntava: há cheiro de vinho? Foram realmente punidas com a morte mulheres apanhadas a beber vinho e certamente não era porque as mulheres sob a influência dessa bebida perdessem, às vezes, a faculdade de dizer não; os romanos receavam acima de tudo o sopro orgiástico e dionisíaco que passava de vez em quando por essas mulheres de países meridionais, quando o vinho era ainda novidade na Europa; viam nisso um exotismo misterioso indicado para abalar as bases do sentimento romano; a embriaguez das mulheres traía Roma, abrigava o sangue bárbaro nas artérias dos romanos (NIETZSCHE, 2002, p. 71-72).

Esse fato representa a posição que a mulher ocupava na sociedade romana nesse momento histórico, na qual o poder familiar é centrado na figura masculina imbuída de uma moral que viola, nega e limita seus atos e desejos, podendo o homem decidir pela vida ou morte de sua mulher.

Na Mesopotâmia as drogas utilizadas eram o ópio e a dormideira, havendo referências em tabuletas sumérias do uso da cerveja, recomendado para mulheres em estado de amamentação. O Código de Hamurabi, do Século XVIII a.C, menciona o consumo do vinho nas tabernas, como também a prostituição feminina. No seu artigo 110 refere que “Se uma sacerdotisa entrar na taberna essa mulher será queimada” (ESCOHOTADO, 1999). Na taberna, as mulheres produziam a cerveja, pães e sopas, como também eram responsáveis por servir aos homens.

O Egito Antigo era considerado como o armário mundial de remédios, onde há o documento medicinal mais antigo do mundo chamado de Papiro de

Ebers, criado em 1500 a.C, com diversas descrições medicinais com o uso de substâncias psicoativas. No entanto, a degradação e a perda eram somente atribuídas às bebidas alcoólicas, sendo que as demais substâncias constituíam-se pelo seu uso medicinal. O ópio egípcio tinha grande importância econômica, devido ao seu símbolo de qualidade.

Na cultura islâmica havia uma maior tolerância ao uso de drogas, porém o uso de álcool era restrito, enunciado por Maomé como censura ao comportamento ridículo e à falta de confiabilidade com as pessoas que se embriagavam. Mas outras substâncias eram usadas para diversos fins, como o ópio, empregado pela medicina islâmica como euforizante para tratar problemas da velhice. O cânhamo era usado medicinalmente e para fins lúdicos, apesar de não haver menção dessa substância no Corão. A partir do Século X, o café passa a ser consumido com o intuito de evitar o cansaço para ler as sagradas escrituras. Com a tomada de movimentos fundamentalistas e intolerantes, o poderio islâmico entra em decadência, ocorrendo a queima de livros e a perseguição dos usuários de álcool e haxixe que passaram a ser punidos (MACRAE, 2001).

Escohotado (2009) relata que o surgimento da palavra assassino é originário da ordem dos *haschischins*, de filiação islâmica, exército que costumava consumir grandes quantidades de haxixe antes de ir para seus combates. No entanto, os *haschischins* não eram assassinos e sim guerreiros menos cruéis e arbitrários que seus inimigos europeus que lhe deram essa nomenclatura.

Diversas plantas da família das solanáceas – como beladona, brugmansia, datura, belenho e mandrágora – possuem efeitos psicoativos alucinógenos, sendo absorvidas por ingestão, pelo fumo e/ou por contato dérmico com unguentos, ou também diluídos em água para banhos. Foram usadas como fitoterápicos em todos os continentes (CARNEIRO, 2005). De acordo com Carneiro (2005), a planta beladona, ao ser utilizada em doses fortes, traz consequências letais, mas em doses menores seus efeitos deixam os olhos com as pupilas dilatadas, o que lhe deu a reputação de deixar as mulheres mais belas.

Na Europa, durante a Idade Média, os chamados cultos de bruxaria eram praticados com a mistura de plantas da família das solanáceas, denominadas popularmente como beladona, belenho e mandrágora.

Estas 3 solanáceas de composição química parecidas eram usadas para a preparação de unguentos com as quais as bruxas se untavam e que,

supostamente, as faziam voar. Este unguento, conhecido como “fórmula de vôo”, era passado em certas partes do corpo, principalmente, as mais peludas e esfregado sobre o cabo de uma vassoura, que era colocada entre as pernas das bruxas como se fosse um instrumento de voo (MARTINEZ *et al*, [ca. 2008]).

O uso dessas substâncias provoca efeitos psicoativos, desencadeando alucinações que supostamente devem estar relacionadas à sensação de levitação, mencionados como o voo que simbólica e popularmente conhecemos como algo atribuído às bruxas.

Nesse período, era bastante comum a relação entre drogas, luxúria e bruxaria, havendo menções do uso de drogas para relações sexuais com o diabo. Dessa forma, as mulheres foram acusadas de realizar ritos demoníacos, com a utilização de poções e pomadas a partir da mistura de plantas alucinógenas, o que desencadeou uma caça às bruxas pela Inquisição, que condenava à tortura e à morte quem praticasse esses rituais. Segundo Escohatado (2009, p. 58), “conseguiram queimar vivas umas 500.000 pessoas do Século XV ao XVII e tomar os bens de vários milhões mais”. Nesse contexto, se percebe que as mulheres que praticavam esses rituais com conotações eróticas e de obtenção de prazer não eram moralmente aceitas, pois os inquisidores atribuíam a esses rituais uma traição a Deus, que deveria ser condenada, negando-se o direito à sexualidade e ao prazer feminino.

A crença na existência de bruxarias no período medieval passa por diversas prerrogativas, como refere Escohatado (2009), mencionadas como feiticeiras que cozinhavam crianças para adquirir sua gordura, seres raros em busca de paraísos artificiais nas plantas, representantes da velha religião celta e como uma invenção dos inquisidores. Carneiro (2005) também relata o questionamento da existência de bruxaria por alguns médicos quinhentistas espanhóis, que consideraram as bruxas como mulheres alucinadas por plantas.

Dessa forma, com o surgimento dos imperadores cristãos, se constituiu a era do julgamento moral e a pregação do discurso antidrogas, segundo os quais os adeptos desse uso foram perseguidos por sacerdotes cristãos.

As drogas passam a ser estigmatizadas não só por sua associação a cultos mágicos e religiosos, mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento, já que a dor e a mortificação da carne eram concebidas pelos cristãos no poder como formas de aproximação a Deus (MACRAE, 2001, p. 29).

Consequentemente, o uso de drogas passa a ser considerado como uma heresia que propagava falsos deuses, tornando-se concorrentes ao Cristianismo. Assim se justificou o período de caça às bruxas pela Inquisição, no qual a condenação referente à utilização de substâncias psicoativas visava à obtenção da preservação e hegemonia dos valores religiosos cristãos.

Quando os europeus chegaram na América se deparam com uma grande riqueza de ervas medicinais utilizadas pelos índios que se dissipou pela Europa para fins farmacológicos, apesar da grande perseguição dos inquisidores com relação ao consumo dessas substâncias, sempre vinculadas a práticas demoníacas. Dessa forma, passaram a conhecer plantas estimulantes como o mate, cacau, guaraná e tabaco. Entretanto, o tabaco foi a substância que mais se estendeu e foi venerada na América, pois era comida, bebida e fumada em cerimônias religiosas, ritos de passagem e uso cotidiano, utilizadas por nativos desde a chegada de Colombo (CARNEIRO, 2005).

Na cultura Asteca havia jardins botânicos, locais utilizados para recreação da Corte e depósito de fármacos, onde os pobres podiam obter gratuitamente diagnósticos e fármacos para seu tratamento. No entanto, com a Inquisição, foram realizadas queimas de sementes e a destruição de diversas plantas (ESCOHOTADO, 2009).

Na civilização andina uma das substâncias utilizadas era o cacto denominado de San Pedro, que em sua nomenclatura mistura a cultura indígena com o cristianismo. No Império Inca, o consumo livre da coca era privilégio da Corte e a mastigação da folha da coca só era permitida para atividades relacionadas ao trabalho. Carneiro (2005) também menciona o uso da coca como um meio de fornecer vitaminas e sais minerais para as populações carentes de suprimentos naturais comestíveis.

Outra planta alucinógena utilizada pelos indígenas na América é o cacto peiote, oriundo dos desertos ao norte do México. “No período pré-colombiano era chamado de ‘manjar dos chichimecas’, um povo nômade do deserto, onde crescia o referido cacto” (CARNEIRO, 2005, p. 128).

No Brasil, antes da chegada dos europeus, a bebida alcoólica já era utilizada pelos indígenas oriundos de diversas tribos. Essas bebidas eram fermentadas a partir de alguns ingredientes como mandioca brava, aipim, milho, algarobo, fruta e

mel diluído em água (conhecido como hidromel), denominadas como cauim, caxiri, chicha e caiçuma (SZTUTMAN, 2008).

O uso dessa bebida alcoólica entre os indígenas está vinculado à coletividade através de rituais e festividades. De acordo com Dias (2008), a tribo indígena Karipuna, localizada no extremo norte do país, é a que mais consome o caxiri na atualidade, principalmente durante o Turé⁵. A bebida também é utilizada durante o trabalho no plantio, assembleias políticas, festividades do dia do índio e competições esportivas.

Durante a realização do Turé, o consumo de caxiri adquiriu valores simbólicos.

O caxiri, metaforicamente, se assemelha ao sêmen [...]. A bebida é servida preferencialmente por mulheres jovens, chamadas em patuá de ren (do francês, rienes, rainha). Assim, ao contrário do sêmen, que vai dos homens para as mulheres, o caxiri percorre o caminho no sentido inverso, indo delas para eles. O caxiri estufa no estômago, empanturra, deixa a barriga inchada como se eles estivessem “grávidos”. Nesse caso, é como se as mulheres inseminassem os homens, invertendo a lógica da concepção (DIAS, 2008, p. 207).

Em diversas tribos o processo de preparação do caxiri é um trabalho fundamentalmente feminino, no qual há algumas variações em determinados grupos, como o fato de não poderem estar no período de menstruação ou terem praticado relações sexuais, como também a preferência no preparo por mulheres na menopausa ou virgens.

As mulheres que produzem o caxiri muitas vezes são consideradas como “donas da bebida”, pois realizam todo o seu processo de confecção que se inicia com a extração da mandioca, preparação da farinha, sua mastigação e cozimento, até obter a fermentação. A partir daí, as mulheres servem a bebida para os homens em cuias, que devem ser ingeridas em um só gole, não podendo haver recusa, nem sobras ou consumo de alimento durante o ritual. Essa forma de beber vorazmente é relacionada à virilidade dos homens e os que não seguissem esses ritos eram considerados efeminados e contraventores (SZTUTMAN, 2008).

Outra substância bastante utilizada por indígenas no Brasil é a *ayahuasca*, que é uma bebida resultante do cozimento do cipó de plantas alucinógenas, estendendo-se o consumo do Panamá até a Bolívia. Seu nome adquiriu outras

⁵ Festa organizada pelo Xamã para agradecer aos seres sobrenaturais pelas suas intervenções terapêuticas. Durante a festa, a estes seres sobrenaturais são oferecidas grandes quantidades de caxiri (DIAS, 2008, p. 215).

variações de acordo com os grupos indígenas como: “yagé, caapi, natema, pindé, kahi, miki, dapá, liana das almas e cipó dos espíritos” (CARNEIRO, 2005, p. 111).

Os indígenas atribuíam a essa planta o poder de revelar o futuro ou pessoas e objetos desaparecidos, gerando curiosidades sobre os seus mistérios entre os não indígenas. Na década de 1930, surge um novo culto religioso baseado no ritual indígena, que recebe o nome de Santo Daime, ganhando diversos adeptos por todo país.

No Século XVIII, marcado pelo Racionalismo e Iluminismo, ocorreu a redução da perseguição religiosa com relação às drogas e o uso médico e lúdico dessas substâncias recobrou sua legitimidade. Assim, se iniciou grande produção e comércio de medicamentos feitos com ópio para o tratamento de sintomas como insônia, contrações do útero e distúrbios gástricos, consumidas por reis, nobres, plebeus, soldados, prelados e artistas (MACRAE, 2001).

Desse modo, o ópio se constituiu como uma das principais mercadorias de exportação do comércio europeu para o mercado chinês. O Império Chinês, ao restringir esse comércio do ópio, passa a impedir a entrada desse produto em seu país, o que desencadeou duas guerras com Inglaterra, que era um dos principais países exportadores.

De acordo com Carneiro (2005), a Primeira Guerra do Ópio ocorre de 1839 a 1842, acarretando na assinatura do Tratado de Nanquim, que obriga a China a conceder Hong Kong aos britânicos, como também o comércio de ópio e outros produtos em mais cinco cidades. Já a Segunda Guerra do Ópio foi entre 1856 e 1860, contando com a participação da França e Estados Unidos, que resultou na submissão da China, forçando-a a ampliar para as demais cidades do seu território a abertura para o comércio ocidental e também a abrir concessões para outros países.

Durante o Século XIX ocorreu um grande aumento na produção de drogas medicamentosas. Os cientistas passaram a isolar os princípios ativos de diversas plantas para a produção de fármacos como “morfina, codeína, atropina, a cafeína, cocaína, heroína, mescalina, e os barbitúricos. Também foram desenvolvidos usos anestésicos do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso” (MACRAE, 2001, p. 10).

Segundo Eschohotado (2009), o primeiro grande fármaco do Século XIX foi a morfina, considerada como o mais notável medicamento descoberto pelo homem, devido a sua capacidade para acalmar ou suprimir a dor. Os primeiros casos descritos de dependência dessa substância apontam que 25% são mulheres e

dados posteriores indicam que quase 65% eram terapeutas, profissionais de saúde ou seus familiares, e os demais integram um grupo heterogêneo constituído por clérigos, profissionais liberais, indivíduos da alta sociedade, da boemia e algumas prostitutas.

As drogas perdem sua conotação mágica e demoníaca e passam a ser usadas como um meio de aliviar a dor do corpo e da alma. Com a introdução desses fármacos ocorre o “processo de medicalização geral dos corpos e da vida” (VARGAS, 2008, p. 53).

Com a expansão do comércio dessas substâncias, seu uso se torna cada vez mais popular, amplamente difundido através de propagandas, atingindo uma escala mundial de consumo. São vendidos em farmácias e drogarias medicamentos com composição de substância como morfina, heroína e cocaína para diversos fins terapêuticos, podendo também ser adquiridos por correspondência. Além de fármacos, essas substâncias também fazem parte da fabricação de outros produtos como bebidas alcoólicas e refrigerantes como, por exemplo, o vinho Mariani e o a Coca-Cola, visto que ambos continham extratos da folha de coca.

O uso de drogas era bastante venerado por artistas que atribuem a seus efeitos psicoativos um meio de inspiração através da ampliação da percepção, fruição do pensamento e desenvolvimento de potenciais criativos. Há diversas produções literárias sobre essa influência, citando como exemplos: *Paraísos Artificiais*, de Charles Baudelaire que aborda suas experiências com o uso do haxixe, vinho e ópio; *Confissões de um comedor de ópio*, de Thomas de Quincey; Charles Bukowski, que em suas obras faz referência ao álcool, entre outros artistas.

Entretanto, nesse momento histórico não havia pesquisas sobre os malefícios em longo prazo dessas substâncias no organismo. Seu consumo era moral e socialmente aceito, como também contribuía para o crescimento econômico dos laboratórios que produziam esses fármacos. Desse modo, eram bastante comuns as prescrições médicas dessas substâncias para a população em geral, pois, conforme Zilberman (1998), a maioria dos dependentes americanos eram mulheres que iniciaram o consumo de opiáceos através de tratamento médico.

Conforme Acselrad (2011), em meados de 1876, havia o uso recreativo de haxixe entre as senhoras consideradas “bem nascidas”. Em 1885, o uso terapêutico de cocaína era recomendado para combater a dor de dente, principalmente em crianças, e se atribuía como cura imediata.

O Século XX se caracteriza, conforme determina Escotado (2009), de cruzada contra as drogas impulsionada pelos Estados Unidos e exportada para o resto do mundo, constituindo-se como um movimento religioso e militar em relação às drogas, no qual essa proibição tem como base fatores políticos e morais. Dessa forma, surge um movimento proibicionista ligado a grupos protestantes com forte cunho moralista e com princípios de controle das minorias étnicas:

[...] as associações puritanas que clamavam, ainda no século XIX, pela proibição do álcool e do ópio traçavam uma linha direta entre essas substâncias e comunidades imigrantes, respectivamente, irlandeses e chineses. De maneira análoga, mexicanos eram vistos como inveterados consumidores de maconha e os negros, como perigosos usuários de cocaína (RODRIGUES, 2003, p. 2).

Nesse sentido, há cinco fatores principais que caracterizam o início dessa cruzada contra as drogas: (i) o ressurgimento do elemento religioso tradicional no mundo anglo-saxão; (ii) as tensões sociais produzidas pelo rápido processo de proletarização e industrialização; (iii) a evolução do “estamento médico”, que passava a exercer competências que antes correspondiam ao estamento eclesiástico; (iv) a expansão da burocracia, passando o Estado a cuidar de questões antes confiadas à sociedade civil; (v) e a Guerra do Ópio promovida pela Inglaterra contra a China, que teria criado uma coleção de estereótipos e definido novas práticas coloniais (ESCOHOTADO, 2009).

Com base nessa perceptiva, é criada a Lei Seca nos Estados Unidos em 1920, com o objetivo de proibir a produção e comercialização de bebidas alcoólicas. Com o advento dessa proibição, se impulsiona a criação do crime organizado que faz surgir grandes máfias que se beneficiam economicamente desse comércio ilegal.

Henry Ford, empresário proprietário da empresa de automóveis Ford e responsável pelo desenvolvimento da linha de produção em série conhecida como modelo fordista, se juntou a grupos puritanos a favor da proibição do álcool, pois o consumo do álcool era considerado como elemento de desobediência fabril, o que atrapalharia o processo de produção e, conseqüentemente, os lucros da empresa.

Além do álcool, esse proibicionismo se estendeu para outras substâncias farmacológicas que anteriormente eram prescritas por médicos e vendidas livremente em farmácias. Escotado (2009) refere que policiais se disfarçavam de usuários e se infiltravam em consultórios médicos e farmácias para averiguar se esses locais estavam receitando medicações na base de ópio, morfina e cocaína.

Isso desencadeou diversos processos de violação da lei, levando muitos profissionais à prisão, como também policiais foram condenados por realizarem chantagens para não proceder à denúncia.

Assim, novas substâncias passam a serem desenvolvidas em laboratório, drogas sintéticas como anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepínicos antidepressivos, entre outros. Essas substâncias eram comercializadas licitamente e receitadas para fins terapêuticos. As anfetaminas foram as drogas psicoativas mais usadas com o objetivo de manter vigília de estudantes ou caminhoneiros, pois aumentam o rendimento físico e intelectual. Também teve seu uso propagado entre os militares em diversas guerras, como, por exemplo, a II Guerra Mundial e Guerra do Vietnã (CARNEIRO, 2005).

Outra substância sintética que atua como um potente alucinógeno em doses mínimas é o LSD, que se tornou uma famosa droga psicodélica, “atribuída a uma experiência geracional, identificada com a busca de uma cultura alternativa e com militância política” (CARNEIRO, 2005, p. 168). Essa substância foi cultuada pelos movimentos psicodélicos, dentre esses a cultura *hippie*, na qual o uso de substâncias psicoativas como maconha e o LSD se constituía como uma forma de questionamento dos valores tradicionais.

Olhar para o fenômeno do uso de drogas sob diferentes contextos históricos nos leva a perceber que esse consumo passou por várias transformações. Seu uso muda conforme os indivíduos e sua cultura, alternando-se entre remédio, substâncias proibidas, recreativas e ritualísticas, e nem sempre a sua utilização esteve vinculada a práticas criminosas e ilegais. Abordar esse tema numa perspectiva histórica, contemplando o seu contexto cultural, político e econômico, é imprescindível para a superação de uma lógica reducionista, focalizada e moralista sobre essa temática, o que muitas vezes é atribuído ao uso de drogas.

3.2 Droga na contemporaneidade

A partir do que foi adensado anteriormente, o uso de drogas acompanha o desenvolvimento histórico, cultural e econômico da humanidade. Conforme Carneiro (2005), no Século XX o papel histórico das drogas no mercado mundial assume uma importância crescente, constituindo-se em um dos principais ramos do comércio mundial, tanto através dos capitais gerados pelas drogas legais como o álcool,

tabaco, café, chá e drogas da indústria farmacêutica, quanto também do tráfico ilícito de substâncias. Portanto,

O fenômeno do consumo contemporâneo de drogas distingue-se das formas de consumo e regulamentação que existiram em outras épocas. O século XX foi o momento em que esse consumo alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado, e o maior proibicionismo oficial por outro. Embora sempre tenham existido, em todas as sociedades, mecanismos de regulamentação social do consumo das drogas, até o início do século XX não existia o proibicionismo legal e institucional internacional (CARNEIRO, 2002, p. 2).

Dessa forma, tanto o consumo como o proibicionismo com relação às drogas está intrinsecamente relacionado às transformações econômicas e ao processo de crescimento industrial, adquirindo novas significações na sociedade capitalista, atrelada à lógica do mercado e ao desenvolvimento do comércio de mercadorias.

Nesse contexto, o mercado das drogas consideradas ilegais tem no tráfico um dos seus segmentos mais importantes com ramificações e contatos expandidos por todo o mundo, que operam como cartéis da droga. Essas organizações criminosas realizam suas operações de maneira transnacional, atuando por meio da globalização econômica e das novas tecnologias de comunicação e transporte (CASTELLS, 1999).

Conforme Carneiro (2014) o mercado de substâncias proibidas se faz por meios clandestinos, aumentando sua renda potencial, o que priva o Estado de receber tributos e instaura um regime de corrupção e violência entre as organizações criminosas e aparatos policiais-militares.

O tráfico de drogas é o principal negócio, a ponto de se concluir que a questão da legalização talvez seja a maior ameaça que o crime organizado deve enfrentar. Mas elas podem confiar na falta de visão política e na moralidade distorcida de sociedades que não se permitem chegar ao âmago da questão: a procura rege a oferta. A causa do vício das drogas e, conseqüentemente, da maioria dos crimes cometidos no mundo reside nos danos psicológicos infligidos nas pessoas pela vida cotidiana de nossas sociedades. Portanto, em um futuro previsível, haverá um consumo maciço de drogas, a despeito dos mecanismos de repressão existentes. E o crime organizado global encontrara formas de atender a essa demanda, transformando-a sempre em negócio altamente lucrativo e na principal causa da maioria de outros crimes (CASTELLS, 1999, p. 210-211).

Nessa perspectiva, o consumo de drogas vem aumentando e a guerra às drogas não contribui para sua diminuição, mas sim para a ampliação do mercado ilegal, cada vez mais lucrativo. Assim, a ilegalidade de algumas drogas propicia um comércio de grande rentabilidade econômica com movimentação financeira

transnacional. Contudo, a droga constitui-se como mercadoria chave para o desenvolvimento desse comércio ilegal.

Desse modo, a mercadoria constitui-se como componente primordial para a produção de riquezas e desenvolvimento do capital. Marx (2008, p. 51-52) refere que a mercadoria é “uma coisa qualquer, necessária, útil ou agradável à vida, objeto de necessidades humanas, meio de existência na mais lata acepção da palavra”. As mercadorias se manifestam sob um duplo aspecto, o valor de uso e o valor de troca. Como valor de uso, esta mercadoria é produzida por indivíduos para o seu próprio consumo, diferentemente do valor de troca, que possui uma conotação quantificável, e que se refere a sua capacidade de ser trocada e vendida.

Na sociedade capitalista, as drogas também se constituem como mercadoria, possuindo tanto o valor de uso como o de troca. Com relação ao seu valor de troca, se caracteriza como “um produto cujo valor deriva de se tornar insubstituível, uma mercadoria que agarra e se apossa de seu consumidor, metáfora máxima da condição reificante de todas as mercadorias” (CARNEIRO, 2005, p. 8).

Já a questão das drogas como uma mercadoria com valor de uso corresponde à necessidade humana que, de acordo com Marx (1996), a natureza dessas necessidades não altera em nada se a sua origem prover do estômago ou da fantasia. Nesse sentido, Marx refere a partir de Barbon que “desejo inclui necessidade, é o apetite do espírito e tão natural como a fome para o corpo [...] a maioria (das coisas) tem seu valor derivado da satisfação das necessidades do espírito⁶” (MARX, 1996, p. 165).

Assim, o consumo de drogas possibilita um meio de suprir os desejos imediatos, a obtenção de prazer, a satisfação dos desejos, sociabilidade, transcendência, e uma via de escape para as angustias existenciais, num contexto social que “valoriza a intimidade, que despreza o espaço público e as ações coletivas, que valoriza o espetáculo e estimula o consumo ilimitado de imagens e de produtos como únicas formas de satisfação de necessidades” (BRITES, 2006. p. 65).

Dentro dessa conjuntura capitalista, as necessidades humanas são capturadas pela necessidade de consumo como um meio de satisfação pessoal e status social, na qual há uma supervalorização do ter e a uma desvalorização do

⁶ A respectiva citação está presente em nota de rodapé no capítulo I do livro O Capital, de Marx, página 165.

ser. Esses valores que engendram o modo de viver em sociedade, com valorização do econômico em detrimento do social, condicionam os indivíduos a meros consumidores. Para Iamamoto (2012, p. 125), “o predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças”.

Nesse contexto, se percebe o processo perverso desencadeado pelo Capital, no qual as relações humanas se tornam cada vez mais coisificadas, individualizadas e competitivas, materializando-se “na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais – do capital dinheiro e seu fetiche” (IAMAMOTO, 2012, p. 125). Diante disso, os sujeitos são condicionados a um processo de culpabilização por sua condição social, que naturaliza a questão social e as desigualdades, atrelando a isso um fracasso de cunho individualista, e não como proveniente da contradição capital *versus* trabalho.

A partir desses valores sociais também se pode atribuir que a concepção de questão social está enraizada na contradição capital *versus* trabalho. Em outros termos, é uma categoria que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção. Como refere Iamamoto (2007), a questão social é apreendida como conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, cenário em que o trabalho se torna mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma pequena parte da sociedade.

Com a naturalização da questão social e suas múltiplas expressões, ocorre o processo de criminalização da pobreza, constituindo-se pela culpabilização dos indivíduos pela sua situação de empobrecimento, responsabilizando-os pela sua falta de condições materiais de subsistência a partir de valores da meritocracia, baseada na capacidade individual de obter conquistas e relevância social.

No entanto, os sujeitos desprovidos das virtudes enaltecidas pelo sistema capitalista passam a ser tratados como criminosos em potencial, representando um perigo social que deve ser erradicado. Com base nessa concepção, se justifica como argumento a realização de medidas coercitivas para essa população.

Porém, no contexto do uso de drogas, essas premissas alcançam maior intensidade, pois adquirem cunho moralista que demoniza os indivíduos pelo seu

consumo e os coloca no lugar da marginalidade, atuando como um bode expiatório das mazelas sociais. Com isso, ocorre o que Carneiro aponta como:

A demonização do “drogado” e a construção de um significado suposto para o conceito “droga” alcança na época contemporânea um auge inédito. Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade (CARNEIRO, 2002, p. 2).

Com base nessa concepção, há um constructo social que propaga um discurso que atribui às pessoas que usam drogas a qualidade de zumbis, como algo não humano, sem desejos e minimizados a meros objetos. Com isso, se torna necessário problematizar as terminologias utilizadas para se referenciar as pessoas que fazem uso de drogas, onde muitos termos são pejorativos, carregados de valores morais e preconceitos, como por exemplo: drogado, drogadito, crakeiro, pedreiro, bêbado, cheirador, maconheiro, entre outros.

A dualidade na qual se caracterizam as drogas na atualidade – como lícitas e ilícitas, isto é, as que são permitidas legalmente e as que são proibidas perante a lei – corrobora para a construção social de diferentes identidades, principalmente para os indivíduos que fazem o uso de drogas ilícitas, relegados a uma maior exclusão. Assim, a lógica proibicionista do uso de drogas opera como uma estratégia de controle social para as populações mais pobres e vulnerabilizadas. Esses fatores contribuem para uma mudança no perfil do consumidor de drogas e as substâncias passam a ser vinculadas a grupos específicos com conotações de classe social.

Desse modo, o crack, substância que é um subproduto da cocaína e de custo menor, é preferencialmente consumido por uma parcela da população com baixo poder aquisitivo.

O usuário de crack é visto como dependente químico, portador de transtorno psíquico, cuja vida está em perigo e que por sua vez representa um perigo social, porque perdeu a capacidade de autodeterminação. Para satisfazer a fissura pela droga é capaz de cometer crimes. O crack é visto como sendo a “causa” da miséria e da exclusão (CASTILHO, 2012, p. 35).

Assim, os sujeitos que fazem uso desta substância se tornam cada vez mais estigmatizados e alvos de medidas coercitivas sob o *locus* da violência e repressão. Os usuários de crack ao serem tratados como “loucos”, tendem a percorrer os mesmos caminhos do passado, quando pessoas acometidas por transtornos mentais eram trancafiadas nos manicômios, por longos períodos de tempo e

geograficamente deslocadas para lugares distantes da cidade. Pois, os "loucos" de hoje usam drogas!

Nesse cenário, a internação compulsória é utilizada como uma medida coercitiva, escamoteada pelo discurso do tratamento, cuidado e proteção. A lei nº 10.216 refere em seu artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. E o artigo 6º desta legislação estabelece os tipos de internação psiquiátrica, como:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, [2001]).

No entanto, a internação compulsória para quem faz uso de drogas foi banalizada como a única forma de tratamento, através do isolamento social aos quais esses sujeitos são submetidos. Esse tipo de medida retoma as atrocidades cometidas no período de vigência do modelo de tratamento manicomial e hospitalocêntrico, tais como o isolamento do sujeito e sua segregação do seio da sociedade, reeditando o antigo modelo que serviu à higienização das cidades, retirando da rua os "loucos" e "vagabundos", com a intenção de “proteger” a propriedade privada e higienizar as cidades.

Castilho (2012) evidencia que esta internação forçada é a antítese de toda a experiência antimanicomial, representando o retorno do modelo carcerário do passado, pois significa negação da liberdade individual e negação da própria capacidade de discernimento e tomada de decisões por parte do indivíduo que faz uso de drogas. Nessa lógica coercitiva o sujeito se torna passivo e é convertido em objeto sobre o qual deverá recair a ação definida por terceiros.

Entretanto, o crack é mais uma das mercadorias que o mercado ilícito vende, assim como as drogas sintéticas, que são consumidas por classes de maior poder aquisitivo e que não geram tanta repercussão negativa. Assim, isolar o crack como alvo principal de combate é um grande equívoco do ponto de vista da política pública, uma vez que seu uso está associado ao de outras substâncias, como o álcool, por exemplo (AMARANTE, 2013).

É importante salientar que nem todo o uso de drogas se constitui de forma abusiva e problemática, pois há diversas formas de consumo e com diferentes

objetivos, tornando-se relevante considerar as motivações para o consumo, as relações estabelecidas entre o sujeito e a substâncias, e os sentidos que esses dão para suas vidas.

Portanto, o que hoje é considerado como droga, nem sempre se constituiu como tal. De acordo com Carneiro (2005), os seus significados envolvem tudo o que se ingere e que não constitui alimento. Porém, alguns alimentos também podem ser designados como drogas como, por exemplo, bebidas alcoólicas, especiarias, tabaco, açúcar, chá, café, chocolate, mate, ópio e algumas plantas e remédios.

A base conceitual para o termo drogas é vinculada a diversos significados, sendo bastante polissêmico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como:

Droga corresponde a um termo de uso variado. Na medicina, se refere a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças e melhorar a saúde física ou mental e farmacologia como qualquer substância química que modifica os processos fisiológicos e bioquímicos dos tecidos ou organismos. Assim, uma droga é uma substância que é, ou pode ser incluída na Farmacopeia. Em linguagem coloquial, o termo geralmente refere-se especificamente a substâncias psicoativas, e, muitas vezes, ainda mais especificamente, às drogas ilícitas. Teorias profissionais (por exemplo, "Álcool e outras drogas") geralmente tentam mostrar que a cafeína, tabaco, álcool e outras substâncias, muitas vezes utilizada para fins não médicos são drogas também no sentido de que elas sejam tomadas, o pelo menos em parte por seus efeitos psicoativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994, p. 34).

Desse modo, sob o ponto de vista legal, as drogas podem ser consideradas como lícitas, comercializadas legalmente, ou ilícitas, pois são proibidas pela lei. O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) refere que as drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, são chamadas drogas psicotrópicas e sua classificação ocorre a partir da atividade que essa exerce no cérebro, dividindo-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras⁷.

Com relação aos padrões de consumo, há duas publicações utilizadas por alguns especialistas na área da saúde como a Classificação Internacional de Doenças da OMS, em sua 10ª revisão (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, em sua 4ª edição (DSM-IV). Essas publicações consideram o consumo de drogas a partir da

⁷ Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acesso em: 25 abr. 2014.

perspectiva da doença, denominada de dependência química, com base na classificação dos critérios de abuso, uso nocivo e dependência.

Nesse contexto, é possível compreender que o termo drogas possui diferentes conotações e abordagens, que dentre essas perspectivas temos a da saúde, na qual o uso de drogas é considerado sob o ponto de vista da doença, a da justiça, na qual o uso é atribuído ao delito, e a da religião, que o considera como um pecado. Todas essas diferentes concepções explicitam, muitas vezes, um olhar específico e reducionista com relação ao indivíduo que faz uso de drogas, não o reconhecendo como um sujeito de direitos, sua história de vida, o contexto econômico e social do qual faz parte.

Portanto, é preciso olhar para esses indivíduos sob o prisma dos direitos humanos, na égide do respeito à sua vontade e dignidade como valor humano essencial, como sujeito de direitos, e não reduzi-lo apenas a substância que utiliza. Torna-se importante destacar que “a droga seria um mero objeto se não estivesse atrelada a um contexto e a um sujeito que a consome” (OLIEVENSTEIN, 1987, p. 68).

A partir desse contexto, é importante conhecer as diferentes estratégias governamentais para a atenção às pessoas que fazem uso de drogas através das políticas públicas que se configuram como instrumento central para o enfrentamento da questão social e as suas múltiplas expressões. Essas políticas públicas para o uso de drogas serão discutidas no item a seguir.

3.3 Droga na política: doença ou delito

Ao abordar as políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil é preciso analisar o tema a partir das legislações publicadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Em 1998 ocorreu em Nova York, a XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS), onde se discutiu o fenômeno mundial sobre as drogas e ocorreu a pacto entre os Estados-Membros das Nações Unidas (ONU) para a redução da oferta e da procura das drogas consideradas ilícitas até o ano de 2008.

Posteriormente, no ano de 2009, a Comissão de Narcóticos da ONU realizou uma análise dos dez anos anteriores com relação aos progressos realizados no

cumprimento de metas e objetivos propostos na UNGASS em 1998. A partir disso, foi apresentado um relatório demonstrando progressos significativos no respectivo período em algumas áreas e regiões dos Estados-Membros da ONU. Porém, nem todos os países conseguiram alcançar os objetivos e metas propostos em 1998. Com isso, os países componentes decidiram por restaurar o compromisso estabelecido anteriormente, através do documento que possuía como meta "minimizar e, eventualmente, eliminar a disponibilidade e o uso de drogas ilícitas" até 2019 (UNODC, [ca. 2010]).

Com base nessa concepção, o Brasil aderiu à proposta, adotando medidas jurídicas e institucionais para a redução da oferta e demanda do uso de drogas. O Conselho Nacional de Entorpecentes (CONFEN), criado na década de 1980, transformou-se em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Como também houve a criação da SENAD, ambos foram vinculados à Casa Militar da Presidência da República.

No ano de 2002 foi criada a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) no país, através do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. No ano seguinte, essa política passou por um realinhamento a partir da necessidade de se reavaliar e atualizar a PNAD. Sua construção ocorreu através da interação entre governo e sociedade, que repercutiu na realização de Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

Em 27 de outubro de 2005 é aprovada a resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, que institui a Política Nacional sobre Drogas, acarretando em alterações com relação ao

Prefixo 'anti' da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo 'sobre', já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (DUARTE; DALBOLCO, 2013, p. 220).

Dessa maneira, essa política adere ao posicionamento menos repressor, dando outro enfoque a sua abordagem. Divide-se em cinco capítulos que abordam questões como prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações.

Consequentemente, a legislação brasileira sobre drogas foi atualizada através da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional

de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e também estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo crimes (BRASIL, 2006). Essa lei abrandou a pena para o porte de drogas, e em seu art. 28 menciona que

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar às seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2010, p. 33).

Porém, essa lei aumenta a pena mínima para tráfico de drogas, que anteriormente era de três anos, para reclusão de cinco a quinze anos, conforme seu artigo 33. Essa legislação apresentou um avanço por meio da adoção de penas alternativas à privação de liberdade para quem realiza o uso ou porte de drogas. Entretanto, determina que quem irá realizar a distinção entre usuário e traficante é o juiz, mencionando que esse, “atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2010).

Desse modo, a lei não indica critérios objetivos para a diferenciação entre usuário e traficante (JESUS, 2014). Assim, abrem-se brechas para que ocorram julgamentos baseados em conotações de classe social, raça e etnia, resultando numa expansão de prisões por tráfico de drogas, nas quais a maioria dos condenados são negros e pobres.

Os dados oficiais do Ministério da Justiça demonstram o aumento do índice desse encarceramento, principalmente o feminino. Atualmente a população carcerária nacional é de 288,14 presos por 100.000 habitantes, sendo 513.538 homens e 26.411 mulheres, dos quais 133.946 pessoas estão presas em decorrência da imputação do art. 33 da Lei de Drogas (116.768 homens e 17.178 mulheres), de acordo com as estatísticas do Departamento Penitenciário Nacional (CARVALHO, 2013).

A partir desses dados, é possível perceber os impactos que os desdobramentos dessa lei têm acarretado, contribuindo para o aumento do encarceramento feminino e relegando a essas mulheres maior estigma e exclusão

social. Segundo Barcinski (2012), a inserção e a participação das mulheres no tráfico de drogas possui diversas influencias, como dificuldades financeiras pela falta de oportunidades em um mercado lícito de trabalho, o envolvimento emocional com homens vinculados ao crime, bem como a saída da invisibilidade social, o status, o poder e a simultânea aproximação ao mundo masculino.

Posteriormente, a Lei nº 11.343 é regulamentada pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que aborda os objetivos, os integrantes, as competências e as atribuições do SISNAD.

No ano de 2008 foi sancionada a Lei nº 11.754, que realiza a mudança de nomenclatura do Conselho Nacional Antidrogas, alterando-se para Conselho Nacional sobre Drogas, como também modifica o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional sobre Drogas.

As legislações apresentadas até o presente momento correspondem às políticas públicas sobre as drogas ilícitas, isto é, proibidas por lei, sendo que as políticas públicas sobre drogas consideradas lícitas possuem legislação específica, como a Política Nacional sobre o Álcool.

No ano de 2004, foi instituída a Câmara Especial de Políticas sobre o Álcool (CEPPA), composta por órgãos governamentais, especialistas e representantes da sociedade civil, que começou suas atividades através do Grupo Técnico Interministerial criado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Através do Decreto nº 6.117, de maio de 2007, foi criada a Política Nacional sobre o Álcool, tendo os seguintes objetivos:

A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira. (BRASIL, 2010, p. 80).

Essa política, apesar de tardia ao reconhecer os graves problemas causados pelo consumo de álcool, demonstra que essa substância não era objeto de ação e preocupação governamental, o que desencadeou o surgimento de outras formas de intervenção para essa questão, como a constituição de diversos grupos de autoajuda e também serviços de caráter privado.

Diante disso, é relevante destacar a importância da incorporação de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso do álcool nas

políticas públicas. Outras legislações foram compondo essas ações, como a Lei nº 11.705 de 2008, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas e também inibi o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, entre outras providências; e o Decreto nº 6.488 de 2008, que estabelece o Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia pra efeitos de crime de trânsito.

O aumento crescente do consumo do crack tem fomentado campanhas alarmistas mostradas pela mídia, com a ideia de que no Brasil se vive uma epidemia dessa substância. Porém, de acordo com Amarante (2013, p. 33), ao se utilizar a palavra epidemia, se tem a “conotação de contágio, de contaminação virótica e cunho pejorativo”. Para atender a essa demanda e à pressão midiática, o Governo Federal institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e também criou o Comitê Gestor, através do Decreto nº 7.179, de 2010. No seu parágrafo 2º consta que:

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Nesse sentido, esse plano prevê a realização de ações a serem executadas de maneiras descentralizadas e integradas nas três esferas de governo, isto é, entre União, Estados e Municípios, sendo observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2011, o Governo Federal cria o programa “Crack, é Possível Vencer”, estabelecendo ações intersetoriais articuladas entre os Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos. Esse programa pretende investir R\$4 bilhões até 2014, ampliando as redes de atenção e ações de prevenção, como também o enfrentamento ao tráfico de drogas (BRASIL, 2012).

As políticas públicas sobre álcool e outras drogas mencionadas aqui representam as medidas jurídicas institucionais criadas pela SENAD para o enfrentamento dessa problemática vinculada ao Ministério da Justiça. Mas também é importante destacar as políticas públicas que foram desenvolvidas pelo Ministério

da Saúde, que representaram importantes avanços na perspectiva de atenção e cuidado para esse segmento.

Nesse sentido, no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, há um capítulo específico sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, no qual consta a necessidade da construção de uma política de saúde mental pelo Ministério da Saúde para esse segmento, baseada no respeito aos direitos humanos, diretrizes e princípios do SUS e Reforma Psiquiátrica, como também a necessidade de criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, evitando a internação em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002).

A partir daí, é sancionada a Portaria nº 336/GM, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades, onde são criados os CAPSAD como serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Como consequência das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é criada, em 2004, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Através dessa política, o Ministério da Saúde reconhece o atraso histórico dessa responsabilidade pelo SUS e o seu impacto econômico e social, salientando que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, sendo necessária a construção dessa política com interface nos demais programas do Ministério da Saúde e outros Ministérios, como também a participação de setores da sociedade civil organizada. Essa política enfatiza a importância da intersetorialidade e a integralidade de suas ações, referindo que:

O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004, p. 24).

Essa política também apresenta outro aspecto preponderante, como a estratégia de redução de danos com o desenvolvimento de ações de prevenção e atenção aos usuários de álcool e outras drogas que privilegie as suas singularidades, o acolhimento, o vínculo, o respeito aos desejos e diferentes escolhas dos indivíduos.

No mesmo ano da Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde lança a publicação “Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição”. Essa publicação foi organizada pela Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE), constituindo-se numa coletânea de artigos com debates acerca da realidade vivenciada nos países em transição, abordando questões como efeitos prejudiciais do consumo de álcool, a elaboração do paradigma da redução de danos, sua utilidade para o desenvolvimento de políticas de álcool e os desafios concretos que devem ser enfrentados na implementação das estratégias de redução de danos (BRASIL, 2004).

A partir do reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, da lacuna assistencial para o tratamento do uso de álcool e outras drogas, são publicadas diversas portarias para suprir tais demandas. Dessa forma, é instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, com a Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Dentre suas finalidades, traz a construção de respostas intersetoriais efetivas e sensíveis ao ambiente cultural, direitos humanos e às peculiaridades clínicas referentes ao uso do álcool e outras drogas.

Nessa perspectiva, se 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 SUS, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esta rede é composta pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

A Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, cria a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Essa Unidade de Acolhimento deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, com a finalidade de oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para os usuários em situação de vulnerabilidade social que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Outra importante estratégia criada pelo Ministério da Saúde é o Consultório de Rua (CR), que se constitui como um importante dispositivo da rede de atenção

substitutiva em saúde mental, no qual o cuidado opera no próprio espaço da rua. Visa superar o modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência, tendo como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Posteriormente, o CR passa a fazer parte da Política Nacional de Atenção Básica, onde sua denominação torna-se Consultório na Rua (CnaR). Dessa forma, essas equipes devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na PNAB, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas junto à rede de atenção psicossocial e às demais políticas intersetoriais.

Com base nas legislações elencadas se percebe que, em sua maioria, é abordada a intersetorialidade entre as políticas públicas. Assim, a intersetorialidade é compreendida como uma articulação entre saberes e experiências a partir do planejamento, da prática e avaliação das ações a fim de alcançar efeito sinérgico em situações complexas, tendo em vista o desenvolvimento social e a superação da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997).

Embora a intersetorialidade esteja presente nos textos das políticas públicas, isso não garante que a mesma seja materializada na execução de suas ações cotidianas. No entanto, para que isso ocorra é necessário “compromisso ético profissional de cada ator que a opera. A postura ética dos gestores e o clima ético da organização podem estimular ou reprimir o desenvolvimento de uma política social ativa” (ALMEIDA, 2007, p. 118).

Para se efetivar o princípio da integralidade é imprescindível que a intersetorialidade esteja presente para além das publicações das políticas públicas e assim, tornar-se parte dos processos de trabalho, visando à garantia de direitos dos usuários e à superação de práticas fragmentadas e burocratizadas.

3.4 Mulher e drogas: interseção entre criminalidade e consumo

A interseção entre mulheres e drogas se constitui como uma temática complexa de ser elucidada devido à pouca produção teórica sobre esse assunto, o que demonstra a importância de se ampliar o seu adensamento teórico. A construção de conhecimento sobre mulheres e drogas possui uma prevalência de

abordagens focalizadas, como a inserção da mulher no tráfico de drogas, numa perspectiva da criminalidade feminina, e a relação da mulher com o consumo de drogas, com enfoque nos malefícios que esse uso causa à saúde da mulher, a partir do ponto de vista biológico e patológico do tema.

Portanto, para explicitar a interseção entre mulheres e drogas é preciso conhecer as relações imbricadas nesse contexto, os diferentes modos como as mulheres se relacionam com essas substâncias, seja por meio do consumo ou pela sua inserção no mercado ilegal de drogas, assim como as implicações sociais, culturais, políticas e econômicas que transversalizam a vida dessas mulheres.

Na atual conjuntura social, a mulher ampliou seu *locus* de atuação, inserindo-se em diferentes espaços que anteriormente cabiam somente aos homens. Desse modo, a mulher conquistou seu lugar no mercado de trabalho, na política, na ampliação dos direitos através da implementação de políticas sociais, adquiriu maior autonomia econômica, dentre outras possibilidades.

Essas conquistas foram impulsionadas pelas lutas e reivindicações do movimento feminista, que atua na defesa da igualdade de direitos entre mulheres e homens, propiciando transformações no papel da mulher. Assim, essa se insere em novas funções sociais e passa a executar hábitos e comportamentos que outrora eram exclusivamente masculinos.

Nesse contexto, o fenômeno das drogas passa a incrementar o universo feminino tanto na forma de consumo quanto pela inserção no mercado ilegal do comércio de drogas. O tráfico de drogas era reconhecido como uma atividade restritamente masculina, mas o que se vê na atualidade é a mulher ocupando cada vez mais esse espaço. De acordo com Moki (2005) a entrada da mulher no tráfico de drogas tem suas motivações no desemprego feminino, baixos salários quando comparados aos salários dos homens e o aumento de mulheres responsáveis financeiramente por suas famílias.

Entretanto, a entrada da mulher no tráfico de drogas não corresponde somente a questões financeiras, mas remete também a fatores como a desigualdade de gênero, pois tem implicações que visam à superação dessas desigualdades e à equiparação com o status e poder que são reconhecidos como domínio dos homens. Em consequência disso,

[...] elas se tornam visíveis (diferentes de outras) ao desempenharem tarefas reconhecidas como masculinas. A saída da invisibilidade, no caso

das mulheres envolvidas no tráfico, se dá principalmente pela diferenciação, pela afirmação de um poder antes exclusivo dos homens e pelo reconhecimento externo desse poder (BARCINSKI, 2012, p. 53).

Assim, participar do tráfico de drogas outorga às mulheres a possibilidade de adquirirem uma visibilidade e um poder que não é legitimado como pertencente ao universo feminino e, por esse ato, elas passam a se aproximar do mundo dos homens. Ao cometerem uma ação considerada criminosa, como o tráfico de drogas, as mulheres estariam se rebelando e negando o

[...] status feminino que lhes fora imposto no decorrer dos séculos, bem como contra maus-tratos, contra a submissão e também contra a subestimação de sua capacidade de delinquir [pois, de tal modo], ousaram transgredir para viver o próprio desejo, sua verdade, sua própria vida (ALMEIDA, 2001, p.100).

A ilegalidade do tráfico de drogas tem contribuído para o aumento do encarceramento feminino uma vez que, segundo dados presentes na Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, cerca de 80% das mulheres que estão presas possuem envolvimento com o tráfico nacional ou internacional de drogas (BRASIL, 2014). Essa política também aponta que

A maioria das mulheres presas por tráfico de drogas possui uma posição coadjuvante no crime, realizando serviços de transporte de drogas e pequeno comércio. Em pequena escala, elas realizam atividades voltadas à gerência. Grande parte é usuária de drogas (BRASIL, 2014, p. 14).

Esses dados demonstram que as relações de gênero se transpõem para o universo criminal, marcado por uma relação hierárquica de divisões de papéis, em que a mulher assume atividades de menor importância dentro dessa conjuntura, pois apesar do aumento do número de mulheres no comando do tráfico de drogas, elas ainda se encontram em menor número com relação aos homens.

No que tange às mulheres encarceradas usuárias de drogas, essa prevalência pode estar diretamente relacionada à interpretação da legislação de drogas (Lei 11.343, de 2006), que coloca a critério do juiz a responsabilidade pela distinção entre consumo e tráfico, o que acarreta num julgamento que assume caráter subjetivo, abrindo brechas para a criminalização da pobreza e contribuindo para o aumento do encarceramento feminino.

A grande maioria das mulheres presas são provenientes dos mais baixos extratos sociais, assim como os homens presos. Contudo, diferentemente deles, as

mulheres presas sofrem uma segunda exclusão social, marcada pela diferenciação dos papéis sexuais. Essa dupla exclusão corresponde à acusação não apenas da transgressão da lei, mas também do modelo feminino previamente estabelecido para ela pela cultura (MOKI, 2005).

Portanto, o fator classe social e a maneira excludente como o Estado, através do sistema judiciário, tem tratado os seus apenados e apenadas, são fatores incondicionais para a opressão e exclusão de muitos da convivência social. Esse recorte da classe social, relacionando à categoria gênero, compromete ainda mais a exclusão feminina. A mulher presa, neste sentido, deve ser exorcizada por dois aspectos: primeiro, é uma rejeitada social por ser pobre e segundo, é uma transgressora do modelo feminino. Ela é, então, duplamente, 'diabolizada', reforçando o peso da exclusão e da violência (ALMEIDA, 2001, p. 148).

Diante desse contexto, o perfil do encarceramento feminino tem forte conotação de classe social e gênero, assim como o recorte de cor e raça. Isso pois “cerca de 61% delas se autodeclararam pardas ou negras [...]. Dessa maneira, constata-se que 61% da população carcerária feminina é negra” (BRASIL, 2014, p. 14). Todos esses fatores são indissociáveis, pois determinam papéis e lugares ocupados pelas mulheres na sociedade e corroboram para a construção de suas identidades. Assim, as mulheres envolvidas com o tráfico de drogas são

Invisíveis socialmente pela sua posição econômica, de classe e de cor, elas constroem suas identidades criminosas como forma de resistência a sua posição marginalizada e, principalmente, contra a própria invisibilidade das mulheres no tráfico de drogas (BARCINSKI, 2012, p. 53).

Diante dessa realidade, o incremento da mulher no comércio ilegal de drogas demonstra que o tráfico deixou de ser uma atividade exclusivamente masculina e a lógica da guerra às drogas tem contribuído com o aumento do encarceramento feminino. Isso, produz uma demonização de quem comete tal delito, impondo às mulheres um processo de estigmatização e exclusão ainda maior, pois as práticas criminais não são compatíveis com as atribuições dos papéis sociais e historicamente construídos sobre as mulheres.

Outra possível interseção entre mulheres e drogas se dá por meio do consumo dessas substâncias, tanto lícitas, quanto ilícitas. Ao analisar o fenômeno do uso de drogas numa perspectiva histórica, se percebe que a mulher é pouco mencionada e em alguns relatos seu uso é condenado e/ou proibido. Essa temática ainda tem sido pouco explorada, pois historicamente os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas são vinculados à figura masculina.

Porém, o reconhecimento do consumo de drogas feminino data de poucas décadas, constituindo-se de modo diferenciado com relação aos homens, pois possui características e necessidades de tratamento próprias e específicas (BRASILIANO, 2003). Desse modo, os papéis transmitidos pela família e pela cultura são o alicerce da construção de identidade de mulheres e homens. As diferentes expectativas conferem a ambos formas distintas de se relacionarem com as drogas (RAMOS, 1999).

As particularidades femininas com relação ao uso de drogas “estão norteadas por construções socioculturais que estruturam as relações sociais e determinam papéis e comportamentos para homens e mulheres em distintas sociedades” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p. 626). Com isso, a articulação entre gênero e uso de drogas é necessária e permite compreender as complexidades que transversalizam o universo feminino e o uso de drogas.

Nessa perspectiva, a ampliação da autonomia e do protagonismo da mulher em diferentes espaços “produziu uma série de transformações no psiquismo e no comportamento feminino” (HORTA, 2007, 187). Essas mudanças repercutem também no seu comportamento com relação ao consumo de substâncias psicoativas, ao passo que a aproximação dos papéis sociais entre ambos os sexos contribui no aumento do consumo feminino.

O consumo de drogas por mulheres vem crescendo, conforme o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, cujos dados demonstram predomínio do sexo masculino na maioria das substâncias. No entanto, o uso de estimulantes, benzodiazepínicos, analgésico e orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite) possui maior prevalência de consumo entre as mulheres (CARLINI, *et al*, 2006).

A partir desses dados, é possível perceber que as drogas medicamentosas são as mais adeptas ao consumo feminino, pois são as que menos interferem no desenvolvimento do seu papel social e são consideradas legais perante a lei, com seu uso prescrito por profissionais da medicina.

Entretanto, há um número reduzido de pesquisas sobre a questão da mulher que usa drogas, tendo como fatores o predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas e, além disso, as mulheres são um grupo difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas

práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos (JALIL *et al*, 2014).

As mulheres que fazem uso de drogas estão mais expostas aos estigmas sociais do que os homens, justamente pelos papéis de gênero atrelados a elas, sua função de ser mãe, esposa e cuidadora da família, atividades que são consideradas incompatíveis com o ato de consumir drogas. Em consequência disso, as mulheres que consomem drogas passam a ser julgadas como promíscuas, amorais e incapazes de cuidar da família e dos filhos. E, em razão disso, muitas fazem uso às escondidas.

Esse ocultamento da mulher em relação ao consumo de drogas pode se impor como um obstáculo para o seu acesso ao tratamento, bem como aumentar as situações de vulnerabilidade e os agravos no seu quadro de saúde.

Para as mulheres, os problemas de saúde decorrentes do consumo de drogas além de incidirem diretamente em seus corpos, poderão afetar também o feto, quando estas engravidam. Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação, no parto, no risco de contrair e de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis são frequentemente registradas entre mulheres usuárias (OLIVEIRA *et al*, 2007, p. 696).

Dessa maneira, o uso de drogas realizado por mulheres de forma abusiva também as torna mais vulneráveis e expostas a situações de abuso sexual e violência. Conforme a OMS, a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e essa violência se mostra fortemente associada ao consumo de drogas de maneira geral (OMS, 2012).

Na pesquisa nacional sobre o uso do crack, publicada em 2014, os dados apresentados demonstram o perfil das mulheres usuárias dessa substância. Esse estudo identificou que

Mulheres usuárias de crack e/ou similares encontram-se inseridas em contextos de maior vulnerabilidade e apresentam baixa escolaridade, experiência cotidiana de viver em situação de rua, histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social. A trajetória dessas mulheres, marcada pela desigualdade de gênero e pela inserção social precária, se torna ainda mais adversa, no contexto do uso abusivo/dependente de drogas e sua inserção nas cenas de uso (JALIL *et al*, 2014, p. 99).

Diante desse contexto, se compreende que as mulheres que fazem uso de crack se encontram em maior risco social e agravos de saúde, acrescidas da condição de vulnerabilidade pela situação de rua e pelo maior estigma que se

encontra vinculado a essa substância. E principalmente pelo fato do crack ter alcançado uma dimensão social demonizadora, e não humana, que expõe os problemas sociais e condiciona na mais demonizada dos estereótipos da mulher que usa drogas.

Dessa maneira, o comportamento da usuária é submetido aos efeitos potentes da substância “diabólica”, o que provoca uma representação moral da substância, sendo essa automaticamente transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender o estigma das drogas: o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário (MOTA, 2005).

A partir do exposto, se procurou chamar a atenção para as particularidades referentes ao uso de drogas realizadas por mulheres, que possuem peculiaridades em relação aos homens. Diante dessa realidade, se torna pertinente analisar o universo feminino a partir das desigualdades de gênero, dos papéis sociais atribuídos às mulheres na sociedade e de que modo essas questões repercutem em suas vidas.

Frente a essas indagações se pode perceber que a relação entre mulheres e drogas, tanto pelas formas de consumo, como no contexto do comércio dessas substâncias, é atravessado por questões de gênero, como também pela interseção com outros marcadores sociais da diferença como classe social, raça, etnia e ciclo vital, que refletem no seu modo de viver em sociedade. Conforme Piscitelli,

a categoria “interseccionalidades” [...] alude à multiplicidade de diferenciações que, articulando-se a gênero, permeiam o social. [...] Segundo Crenshaw, as interseccionalidades são formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcado. Essa noção de interação entre formas de subordinação possibilitaria superar a noção de superposição de opressões. Por exemplo, a ideia de que uma mulher negra é duplamente oprimida (PISCITELLI, 2012, p. 199-202).

Essa relação é bastante complexa, pois envolve questões de caráter subjetivo e social, as quais são permeadas por normas, valores, crenças e condutas que destinam a essas mulheres uma cultura estigmatizada por um comportamento considerado social e moralmente desviante.

Portanto, é necessário analisar a interseção mulheres e drogas numa dimensão de integralidade, conhecendo e reconhecendo suas implicações sociais, históricas, econômicas, culturais e políticas, assim como as questões de gênero que transversalizam a vivência dessas mulheres e que repercutem no consumo de

substâncias psicoativas. Dessa forma, se evidencia a importância de se realizar discussões, problematizações e estudos ampliados sobre essa temática para que a concepção vinculada a mulheres e drogas supere a lógica repressiva, moralizadora, segregadora e estigmatizante a qual estão histórica e culturalmente atreladas.

4. INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo se inicia com a apresentação dos dados encontrados através de levantamento bibliográfico sobre os temas drogas, mulheres e gênero, a fim de conhecer a produção teórica sobre a referida temática.

Para responder ao problema de pesquisa – Como as políticas de saúde e saúde mental abordam as transversalidades de gênero das mulheres usuárias de substâncias psicoativas? – primeiramente foi necessário realizar uma pesquisa documental, a fim de analisar a categoria gênero inscrita ou não nos documentos oficiais nos três níveis de gestão (Federal, Estadual e Municipal). Posterior a isso, foi preciso dar voz aos sujeitos pesquisados, os trabalhadores e as usuárias dos serviços de saúde de atenção ao uso de álcool e outras drogas.

Assim, a proposta deste capítulo é apresentar a análise dos dados coletados de acordo com os objetivos previstos no projeto de pesquisa, considerando as categorias empíricas que emergiram desta análise e o que foi sendo explicitado pelos sujeitos da pesquisa.

4.1 Construção do conhecimento sobre mulheres, gênero e drogas

O uso de drogas realizado por mulheres não se constitui como um fenômeno da atualidade, já que o consumo de substâncias psicoativas está atrelado à história da humanidade. No entanto, o consumo feminino é pouco mencionado em relatos históricos sobre o tema, tornando-se algo obscurecido e transparecendo que esse uso fosse restrito apenas à figura masculina.

Brasiliano (2005, p. 2) descreve que “o estudo sistemático da dependência feminina tenha pouco mais de 50 anos e a busca de abordagens que atendam às necessidades das mulheres, uma história de somente 20 anos”. Apesar dessa referência datar quase dez anos, e que mais estudos sobre o tema tenham sido desenvolvidos, ainda há poucas pesquisas que abordam essa temática.

Dessa forma, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para conhecer o que está sendo produzido de conhecimento sobre o uso de drogas realizado por mulheres. Trata-se de uma pesquisa exploratória com objetivo de aproximar-se das construções teóricas sobre o tema, utilizando-se da pesquisa bibliográfica construída com base em materiais já elaborados, como teses e dissertações. De acordo com

Gil (2008) a vantagem desse tipo de pesquisa é proporcionar ao investigador uma visão mais ampla acerca da questão estudada.

O levantamento bibliográfico ocorreu através da base dados online no Portal da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Os materiais encontrados foram dissertações e teses, no período estabelecido de 2000 a 2014, a partir das seguintes palavras chave: *gênero e drogas*; *mulher e drogas*. Posteriormente, foi construído um banco de dados com as seguintes informações: ano de publicação, autor(a), tipo de texto, título, área de conhecimento e resumo.

Ao utilizar as palavras chave *gênero e drogas* foram encontradas 213 teses e dissertações, mas somente 10 se referiam ao tema, sendo que os demais trabalhos encontrados versavam sobre pesquisa com animais como ratos e suínos, plantas medicinais, drogas medicamentosas para tratamento de doenças como câncer e HIV. Algumas abordavam apenas questões de gênero vinculadas à violência contra a mulher e outras específicas ao uso de drogas em âmbito geral.

Tabela 2: Levantamento bibliográfico com as palavras-chave: gênero e uso de drogas:

Tipo de texto	Ano	Área	Tema
Dissertação	2007	Serviço Social/UERJ	O desafio da prática profissional frente às questões de gênero e religião nos tratamentos para os usuários de álcool e outras drogas
Dissertação	2008	Saúde Coletiva/UFBA	Consumo de drogas e as representações de profissionais de saúde
Dissertação	2011	Serviço Social/UFPB	Análise sobre o atendimento para mulheres dependentes de drogas no CAPSAD
Dissertação	2012	Enfermagem/UFPEL	Vivências de mulheres que consomem crack
Dissertação	2004	Medicina/USP	As diferenças entre os gêneros em adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento
Dissertação	2006	Serviço Social/ PUCRIO	O uso de drogas por mulheres, gênero e violência de gênero
Tese	2007	Psicologia/PUCRS	Argumentos de mídia impressa sobre os temas mulheres, famílias e substâncias psicoativas
Tese	2013	Enfermagem/UFRGS	Histórias de vida de mulheres usuárias de crack
Tese	2010	Medicina/USP	Gênero e dependência do álcool
Tese	2009	Psicologia/USP	Consumo de bebidas alcoólicas por mulheres

Fonte: Dados sistematizados.

Nesse levantamento bibliográfico foram encontradas dez trabalhos sobre o tema gênero e uso de drogas, seis dissertações de mestrado e quatro teses de

doutorado. A área de maior prevalência de pesquisas é a do Serviço Social, seguido da Medicina, Enfermagem, Psicologia e Saúde Coletiva.

Alguns trabalhos abordam apenas o consumo de uma substância psicoativa específica, como álcool e crack, ou o uso de acordo com ciclo vital, como na adolescência. Também há estudos que englobam a interferência dos papéis familiares ou da dinâmica familiar no consumo de substâncias psicoativas e o mapeamento dos argumentos da mídia impressa sobre mulheres, drogas e famílias.

É importante destacar que alguns desses estudos realizam uma abordagem sobre a prática profissional frente às questões de gênero e uso de drogas, mostrando seus desafios e perspectivas a fim de contribuir com elementos para implantação de estratégias de enfrentamento e, assim, apontar prováveis caminhos para uma assistência mais efetiva, que englobe a singularidade de gênero.

Por isso, é de suma importância o desenvolvimento dos respectivos estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas entre mulheres para dar enfoque às particularidades do universo feminino, considerando que essas mulheres possuem características próprias que necessitam ser problematizadas e analisadas com base nas questões de gênero.

No levantamento com as palavras chave *mulher e uso de drogas* foram encontrados no total 295 trabalhos, porém apenas 18 estavam em consonância com temática procurada. Muitos desses trabalhos tinham como tema o uso de drogas em adolescentes e universitários, mulheres grávidas, tráfico de drogas, violência, patologias, HIV, prostituição, entre outras questões.

Tabela 3: Levantamento bibliográfico com as palavras-chave: mulher e drogas

Tipo de texto	Ano	Área	Tema
Dissertação	2014	Enfermagem/UERJ	Motivações para o tratamento para mulher alcoolista no CAPSAD
Dissertação	2013	Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea/UCSAL	Mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades
Dissertação	2011	Serviço Social/UFPB	Análise sobre o atendimento para mulheres dependentes de drogas no CAPSAD
Dissertação	2012	Enfermagem/UFPEL	Vivências de mulheres que consomem crack
Dissertação	2012	Psicologia/PUCRS	Negligência na infância em usuárias de crack
Dissertação	2010	Psicologia/UCB	Influência no consumo de álcool e outras drogas e no tratamento de mulheres
Dissertação		Medicina/USP	As diferenças entre os gêneros em

	2004		adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento
Dissertação	2006	Serviço Social/ PUC-Rio	O uso de drogas por mulheres, gênero e violência de gênero
Dissertação	2010	Enfermagem/USP	Violência intrafamiliar realizada por mães agressoras usuárias de álcool e drogas
Dissertação	2009	Medicina/UNICAMP	Adesão ao tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas e os significados psicológicos
Dissertação	2009	Medicina/USP	Transtorno de estresse pós-traumático associado ao abuso e dependência de álcool e drogas
Dissertação	2008	Medicina/USP	Violência e uso de substâncias psicoativas em mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde
Tese	2007	Psicologia/PUCRS	Argumentos de mídia impressa sobre os temas mulheres, famílias e substâncias psicoativas
Tese	2013	Enfermagem/UFRGS	Histórias de vida de mulheres usuárias de crack
Tese	2010	Medicina/USP	Gênero e dependência do álcool
Tese	2009	Psicologia/USP	Consumo de bebidas alcoólicas por mulheres
Tese	2010	Psicologia/USP	Dependência química em mulheres e psicanálise
Tese	2005	Medicina/USP	Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares em mulheres

Fonte: Dados sistematizados.

Nesse levantamento foram encontradas seis teses e doze dissertações, totalizando dezoito trabalhos sobre o tema mulher e uso de drogas. A área com o maior número de pesquisas nesta temática é a Medicina com seis trabalhos, posteriormente a área da Psicologia com seis produções e Enfermagem com quatro trabalhos. Diferenciando-se dos dados da tabela anterior, onde o Serviço Social possuía a maioria das produções sobre gênero e uso de drogas, na pesquisa com as palavras-chave *mulher e uso de drogas* essa área do conhecimento possui apenas dois trabalhos sobre o tema.

Dessa forma, a maioria dos trabalhos encontrados são provenientes da área da saúde, o que fica evidenciado em suas abordagens, pois correspondem a uma perspectiva voltada a fatores patológicos do uso de substâncias psicoativas, assim como se evidencia que nem todos utilizam a categoria gênero em suas análises.

Porém, há trabalhos que destacam a vulnerabilidade das mulheres que fazem uso de drogas e a influência dos diferentes marcadores sociais neste

consumo, apresentando as necessidades específicas e singulares das mulheres, que precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana.

Nessa tabela foram apresentados trabalhos que também estiveram na relação anterior sobre gênero e uso de drogas, por isso construiu-se uma nova tabela para demonstrar os dados que se encontravam em duplicidade.

Tabela 4: Trabalhos que foram encontrados em ambas as palavras-chave

Tipo de texto	Ano	Área	Tema
Dissertação	2011	Serviço Social/UFPB	Análise sobre o atendimento para mulheres dependentes de drogas no CAPSAD
Dissertação	2012	Enfermagem/UFPEL	Vivências de mulheres que consomem crack
Dissertação	2006	Serviço Social/ PUCRIO	O uso de drogas por mulheres, gênero e violência de gênero
Tese	2007	Psicologia/PUCRS	Argumentos de mídia impressa sobre os temas mulheres, famílias e substâncias psicoativas
Tese	2013	Enfermagem/UFRGS	Histórias de vida de mulheres usuárias de crack
Tese	2010	Medicina/USP	Gênero e dependência do álcool
Tese	2009	Psicologia/USP	Consumo de bebidas alcoólicas por mulheres

Fonte: Dados sistematizados.

Nessa tabela foram apresentados os trabalhos que apareceram nas demais tabelas, com ambas as palavras-chave, resultando em sete trabalhos repetidos, sendo compostos por quatro teses de doutorado e três dissertações de mestrado.

No total foram encontrados vinte e um trabalhos que falam sobre o uso de drogas em mulheres, mas nem todos utilizam a perspectiva de gênero. Isso demonstra a relevância de ampliar o desenvolvimento de pesquisas que versem sobre essa temática para além de uma abordagem meramente patologizante e biologizante sobre o uso de drogas realizado por mulheres, considerando os seus aspectos culturais, sociais e econômicos, assim como o enfoque de gênero.

Portanto, adensar os estudos sobre essa temática possibilita subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas que operam na construção de estratégias interventivas que possibilitem a garantia de direitos e atenção integral às mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas.

4.2 Normativas sobre a saúde da mulher e o uso de álcool e outras drogas a partir da perspectiva de gênero

A pesquisa documental foi realizada como um meio de verificar um dos objetivos descritos no Projeto de Pesquisa, ou seja, conhecer como as políticas de saúde da mulher e as políticas de álcool e outras drogas enfocam as transversalidades de gênero em suas ações sobre as questões pertinentes a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas.

Desse modo, foram analisados documentos publicados como legislações, políticas públicas e os Planos de Saúde Municipal (Porto Alegre) e Estadual (Rio Grande do Sul). A pesquisa foi realizada nos sites oficiais do Ministério da Saúde, SENAD, SES e SMS.

Como forma de organizar e analisar os dados encontrados, se construiu uma tabela na qual consta o nome do documento, data de publicação, a instância em que foi publicada, a existência ou não da perspectiva de gênero nos documentos e as observações realizadas a partir da leitura destas publicações.

Quadro 1: Pesquisa documental

Documento	Data	Instância	Perspectiva de gênero	Observações
A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas	2004	Federal Ministério da Saúde	Não aborda	Traz um quadro que demonstra as causas de morbidade diferenciadas por sexo, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade. Demonstrando que a vulnerabilidade dessas mulheres está na saúde sexual e reprodutiva, enquanto que os homens estão mais expostos às causas de acidentes e violência.
Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição	2004	Federal Ministério da Saúde	Menciona a perspectiva de gênero	Aborda questões referentes aos danos clínicos causados pelo uso do álcool, como na gravidez e exposição a DST/Aids. Como também questões relacionadas ao uso do álcool e violência, tendo o homem como principal agressor, sendo a mulher a vítima na maioria dos casos. Cita que para mudar os valores em relação à violência é necessário <i>repensar as relações de gênero</i> , incluindo os homens na luta por uma sociedade mais igualitária para homens e mulheres. Refere que o consumo de álcool entre as mulheres tem aumentado e estas se tornam mais vulneráveis, pois há a dificuldade de perceber situações de risco e perigo, como também a capacidade de reação a esta situação. Reconhece que o exercício da cidadania esbarra em inúmeras desigualdades de classe, <i>de gênero</i> e de raça que têm como pano de fundo as imensas desigualdades entre as nações do mundo. Por isso, ações efetivas de redução de danos devem estar atreladas a políticas públicas de maior abrangência que promovam a igualdade social e ofereçam melhores perspectivas e condições de vida aos jovens.
Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas	2010	Federal SENAD	Menciona a perspectiva de gênero	Traz nas orientações gerais sobre a prevenção, que as mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, <i>respeitando as diferenças de gênero</i> , raça e etnia. Nas suas diretrizes referem que as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, devem ser respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura. No que tange ao conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, assim como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população

				brasileira, refere que no diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no país, os dados publicados deve observar o <i>recorte por gênero</i> e especificando dados sobre a população jovem e a população indígena.
DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	2010	Federal Casa Civil	Não aborda	Não faz menção a questão de gênero, mas ao instituir o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, tem em sua composição uma representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes	2004	Federal Ministério da Saúde	Menciona a perspectiva de gênero	Menciona que as <i>questões de gênero</i> devem ser consideradas como um dos <i>determinantes de saúde</i> na formulação das políticas públicas. E as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. Traz que é imprescindível a <i>incorporação da perspectiva de gênero</i> na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. Consta um subcapítulo sobre saúde mental e gênero, referindo que trabalhar a saúde mental das mulheres sob o <i>enfoque de gênero</i> , nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. Cita que as causas de internações que vêm aumentando são motivadas pelos transtornos mentais e/ou comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas. Essas internações ocupam o 12º lugar (1,4% das internações) em 2002. Refere a necessidade de intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as <i>questões de gênero</i> sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade. Para isso, traz que é necessário que se

				<p>dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por <i>questões de gênero</i>, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.</p> <p>No que tange aos objetivos específicos e estratégias desta Política estabelece que: Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o <i>enfoque de gênero</i>; melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; incluir o <i>enfoque de gênero</i> e de raça na atenção às mulheres com transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com transtornos mentais.</p>
Plano Estadual de Saúde 2012 -2015	2013	Estadual Secretaria da Saúde	Menciona a perspectiva de gênero	<p>Com relação à parte que aborda a linha de cuidado da saúde da mulher, não cita o termo gênero em seu texto, porém esta categoria gênero esta implícita no enfoque de suas ações que envolvem a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a garantia dos serviços de abortamento legal, a garantia do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e de recuperação da saúde. Agregam-se, ainda, ações educativas e humanizadas para diminuir doenças e violência física e psicossocial às mulheres, bem como garantir acesso a serviços de atenção e de assistência a mulheres vítimas de violência sexual.</p> <p>No que se refere às condições de saúde dos adultos, informa que as mulheres representam 51,7% da população. Com isso, as características peculiares de gênero e ciclo de vida traz a necessidade de uma visão integral quanto ao planejamento da assistência desta população no Estado. Na busca desta integralidade na assistência é importante um olhar atento a todas as especificidades do universo feminino/masculino, considerando raça, etnia, estado de liberdade, opção sexual, prática sexual e demais aspectos do dia-a-dia da mulher.</p> <p>Apresentam dados sobre a incidência de óbitos de mulheres negras, na faixa etária de 40 a 59 anos de idade, em especial devido a transtornos mentais e comportamentais, em decorrência do uso de substâncias psicoativas, cuja razão é de 2,4 mulheres negras para 01 branca. O total de óbitos de mulheres negras, por substâncias psicoativas, 64% foi devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias</p>

				<p>psicoativas de mulheres brancas, 40% foi devido ao uso de álcool.</p> <p>Nos objetivos de fortalecer a Atenção Básica, refere que as práticas de cuidados desenvolvidas pela Atenção Básica deve respeitar a diversidade das necessidades de saúde dos usuários e contemplando também questões étnico-raciais dos ciclos vitais e de gênero. Essa deve integrar ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental, trabalhador) e de promoção da saúde, inclusive com a participação de Agentes de Vigilância em Saúde às equipes de ESF, buscando na uniformidade dos territórios de ação um cuidado mais efetivo e atento às necessidades dos indivíduos e comunidades.</p>
Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014 – 2017	2013	Municipal Secretaria da Saúde	Menciona a perspectiva de gênero	<p>Aborda o termo gênero em gráfico para demonstrar a evolução da população no município e na atenção a saúde da população LGBT, no qual indica que esse segmento populacional são os que mais sofrem com a discriminação social pelas desigualdades de gênero e a sua invisibilidade.</p> <p>No subcapítulo que fala sobre a saúde da mulher, traz dados sobre índice de gestação na adolescência que registra queda na série histórica dos últimos dez anos. Como também dados sobre a principal causa de morte em mulheres no município de Porto Alegre, que são devido aos distúrbios cardiovasculares, neoplasias, câncer de mama e causas externas.</p> <p>Com relação à saúde mental, esse plano refere que no município ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população. No entanto, traz alguns dados sobre as internações de adultos, relacionados a transtornos referente ao uso de álcool e outras drogas.</p> <p>O plano refere que a partir dos dados dos relatórios de gestão 2011/2012, que o número de internações psiquiátricas indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional.</p>

Ao analisar essas publicações se percebe que nem todas mencionam em seu texto uma perspectiva de gênero. Algumas utilizam o termo gênero apenas para diferenciar ambos os sexos, outros somente o citam em sua abordagem sem adensar maiores explicações sobre seu enfoque e apenas em umas das políticas a questão de gênero ganha maior destaque no planejamento de suas ações.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2004, não aborda a perspectiva de gênero em seu texto. Porém, traz um panorama nacional sobre o consumo de álcool e outras drogas, apresentando um quadro com as causas de morbidade a partir do registro hospitalar do SUS, diferenciadas por sexo, na faixa etária entre 10 a 24 anos de idade. Esses dados demonstram que “a vulnerabilidade das mulheres nesta faixa etária está na saúde sexual e reprodutiva, enquanto que os homens estão mais expostos às causas de acidentes e violência” (BRASIL, 2004, p. 16).

A política também refere que as consequências do uso de álcool e outras drogas afetam nações do mundo inteiro e ultrapassam fronteiras, “envolvendo homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade” (BRASIL, 2004, p. 26).

Essa política apresenta um panorama de que o consumo de drogas afeta ambos os sexos e a vulnerabilidade das mulheres estão vinculadas à saúde sexual e reprodutiva, porém não faz menção sobre as desigualdades de gênero, assim como não aponta horizonte de intervenção para essas questões. Desse modo, essa política não engloba o reconhecimento de especificidades do uso de drogas realizado por mulheres, o que repercute num prejuízo de problematizações para essas questões, de modo que cria uma lacuna no planejamento de intervenções, o que afeta a garantia de uma atenção integral para essas mulheres. Uma vez que, “devido ao contexto social da vida das mulheres, elas provavelmente experimentaríamos mais consequências deletérias, como resultado de políticas que ignoram os impactos potenciais de gênero” (STREY; PULCHERIO, 2010, p. 15).

A publicação realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 sobre *álcool e redução de danos* aponta que:

O consumo de álcool é informado pelas relações de gênero, esperando-se condutas diferentes entre homens e mulheres. A esse respeito, é importante assinalar que o consumo de álcool entre mulheres vem aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo (BRASIL, 2004, p. 59).

Ao explicitar o aumento do consumo de bebidas alcoólicas em mulheres a partir das relações de gênero, o texto não aprofunda o contexto dessas relações de gênero e nem as desigualdades que permeiam essas questões, como também as mudanças culturais entre os sexos ao qual faz referência. Dessa maneira, não problematiza as possíveis consequências dessa questão, o que pode implicar no prejuízo da atenção à saúde dessas mulheres ao deixar de construir estratégias para o seu enfrentamento, assim como a necessidade da ampliação de conhecimento acerca do universo feminino e o consumo de substâncias psicoativas.

Com relação ao termo gênero, essa publicação o utiliza para dizer que para “mudar valores de violência implica repensar as relações de gênero, envolvendo os homens na luta por uma sociedade mais igualitária para homens e mulheres” (BRASIL, 2004, p.64). Reconhece que o problema da violência afeta, sobretudo, países em desenvolvimento e em transição, “onde o exercício da cidadania esbarra em inúmeras desigualdades de classe, de gênero e de raça que têm como pano de fundo as imensas desigualdades entre as nações do mundo” (BRASIL, 2004, p. 66).

Diante disso, torna-se necessário considerar que as desigualdades de gênero são multicausais e exigem articulações e transversalidades entre as políticas públicas para que deem conta de mecanismos mais profundos que as sustentem e reproduzem. Trata-se de uma demanda urgente, uma vez que os custos sociais, econômicos e políticos das desigualdades de gênero oneram não apenas as mulheres, mas toda a sociedade (MENICUCCI, 2014).

Para tanto, Bandeira (2005) salienta que se os gestores públicos não possuem clareza em relação as questões de gênero, voltam-se para tratar, por exemplo, a violência e as condições de saúde centradas na mulher exclusivamente, e não na natureza das relações e nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua resolução.

No compilado de publicações realizadas pela SENAD em 2010, em que constam *políticas públicas e legislações sobre drogas*, a questão de gênero está voltada para a perspectiva da prevenção como campanhas e programas educacionais, referindo que:

As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais,

a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2010, p. 16).

Essa menção da categoria gênero se apresenta de modo superficial, pois não aponta diretriz, nem metodologia de como serão realizadas essas ações referentes a campanhas e ações educativas, não deixando claro o modo como serão executadas.

O termo gênero também é utilizado ao se referir ao conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida a partir do diagnóstico sobre o consumo de bebidas no Brasil, com base nos dados publicados no I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo do Álcool na População Brasileira, “observando o recorte por gênero e especificando dados sobre a população jovem e a população indígena” (BRASIL, 2010, p. 81).

Para se ter um enfoque de gênero numa política pública não basta, no entanto, reduzir essa dimensão apenas a ações educativas e ao seu recorte no diagnóstico sobre o consumo de álcool. Há que se explicitar como será seu planejamento e o desenvolvimento das ações previstas. As informações contidas nesse documento, no que se referem ao termo gênero, ocorrem de forma incipiente e sem clareza dos seus propósitos, tornando o enfoque de gênero uma abordagem reducionista, sem vislumbrar intervenções que operem nas transformações das desigualdades sociais entre mulheres e homens.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), publicada pelo Ministério da Saúde em 2004, ganha destaque ao reconhecer as questões de gênero como determinantes de saúde e que essas acarretam em outras desigualdades, como também a importância da perspectiva de gênero na formulação de políticas públicas, na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações em saúde. Reconhece o enfoque de gênero na saúde mental das mulheres a partir das suas condições sociais, culturais e econômicas, que podem influenciar no maior adoecimento dessas mulheres. Assim, refere a necessidade que o modelo de atenção à saúde mental das mulheres seja incorporado pela perspectiva da integralidade e de gênero nas ações dos trabalhadores e em sua formação profissional.

É importante destacar que essa política traz como objetivos e estratégias a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres que contemple o enfoque de gênero, a fim de qualificar suas ações na atenção à saúde mental

dessas mulheres, prevendo também a participação das mulheres nas definições dessa política.

Souto (2008) refere que na PNAISM a abordagem de gênero na análise da integralidade consiste em tornar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vivências, que são resultados da determinação social do processo saúde/doença que se evidencia nos seus corpos e marca suas vidas.

Ao incluir a categoria gênero nessa política para a saúde das mulheres, essa passa a reconhecer o histórico de desigualdades existentes entre homens e mulheres e as repercussões que tais desigualdades geram sobre o processo de saúde/doença. Ainda, vai além de uma abordagem reducionista da saúde da mulher apenas nos seus aspectos biológicos, que limitam a sua integralidade.

Apesar dos importantes avanços contidos na PNAISM, essa encontra desafios quanto a sua efetivação, principalmente no que tange seu financiamento, pois “grande parte dos recursos destinados à saúde da mulher está alocada em outras rubricas do SUS, que não são as áreas técnicas de saúde da mulher” (ARAÚJO; SIMONETTI, 2014, p. 121). Dessa forma, a dificuldade orçamentária para o desenvolvimento dessa política pode operar como uma barreira para a efetivação dos seus princípios e objetivos, o que pode prejudicar as ações a serem realizadas para a garantia de direitos das mulheres.

O *Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul* menciona a perspectiva de gênero de forma implícita em seu texto que aborda a linha de cuidado da saúde da mulher. Refere-se à perspectiva de gênero, no que tange as condições de saúde da população adulta, no sentido de que o planejamento da assistência à população deve considerar as características de gênero e ciclo vital para a integralidade de suas ações. Faz menção também nos objetivos de fortalecimento da Atenção Básica, nos quais as práticas de cuidado devem contemplar as questões de gênero.

O que chama a atenção nessa publicação são os dados referentes à incidência de óbitos de mulheres negras em decorrência do uso de substâncias psicoativas em números mais elevados com relação às mulheres brancas, na faixa etária entre 40 a 59 anos de idade,

[...] cuja razão é de 2,4 mulheres negras para 01 branca [...] do total de óbitos de mulheres negras, por substâncias psicoativas, 64% foi devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias psicoativas de

mulheres brancas, 40% foi devido ao uso de álcool (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 117).

Porém, esse plano apenas apresenta os dados e não propõe estratégias para o enfrentamento dessas questões, o que acarreta na falta de iniciativas para o cuidado em saúde dessas mulheres que historicamente se encontram num processo de exclusão maior do que as mulheres brancas. A publicação do Ministério da Saúde sobre a Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal sobre Atenção à Saúde das Mulheres Negras aponta que:

Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na interseção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse (BRASIL, 2005, p. 12).

A partir do exposto é importante salientar que além da incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas, o enfoque de raça se torna imprescindível para intervir nas necessidades e demandas das mulheres negras a fim de oferecer uma atenção integral à saúde dessas, que respeite as suas singularidades culturais e especificidades com o intuito de reduzir os agravos que repercutem no seu processo de adoecimento e, assim, ensejar a promoção de saúde para essa população.

Desse modo, é preciso compreender que a saúde das mulheres, muitas vezes, é determinada por questões de gênero, como também pela interseção com outros marcadores sociais da diferença como classe social, raça, etnia e ciclo vital, que refletem no seu modo de viver e no seu processo de saúde/doença. Conforme Bandeira (2005), as políticas públicas sensíveis a gênero devem reconhecer que práticas e rotinas organizacionais requerem novos procedimentos, como, por exemplo, a desagregação dos indicadores por sexo e raça/etnia e a avaliação dos impactos diferenciados das ações governamentais em diversos grupos socioculturais, principalmente nos mais vulneráveis. E a partir disso, superar as barreiras invisíveis que impedem que as mulheres sejam plenamente consideradas nas políticas públicas.

O *Plano Municipal de Saúde* realizado pela SMS de Porto Alegre visa apresentar o planejamento de ações dessa para o período de 2014 a 2017. Nesse plano o termo gênero aparece para demonstrar a evolução da população no município, com os dados apresentados em gráfico, mostrando que as mulheres são a maioria na população, referindo que “na capital para cada grupo de 100 mulheres há 86,5 homens” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 18).

Dessa forma, ao utilizar o termo gênero para apresentar seus dados populacionais, esse documento se refere ao gênero para diferenciar mulheres e homens, reduzindo essa nomenclatura a divisão sexual, afastando-se da real conceituação do termo como categoria de construção social e cultural dessas diferenças sexuais.

O plano também aborda a questão de gênero ao se referir à atenção à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), indicando que esse segmento é o que mais sofrem com a discriminação social pelas desigualdades de gênero e a sua invisibilidade.

Entretanto, ao discorrer sobre a saúde da mulher, não há nem menção do enfoque de gênero. Apenas apresenta dados sobre o índice de gestação na adolescência que registra queda na série histórica dos últimos dez anos, como também dados sobre a principal causa de morte em mulheres no Município de Porto Alegre, que é devida aos distúrbios cardiovasculares, neoplasias, câncer de mama e causas externas.

Com relação à saúde mental, o plano informa que “ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 33). No entanto, traz alguns dados sobre as internações de adultos,

[...] verificou-se um aumento geral de 8,2%. Os transtornos relacionados a álcool e outras drogas representaram 42% das internações desta faixa etária. Comparativamente a 2011 houve aumento neste grupo de 8,1%, semelhante ao aumento geral. Dentro deste grupo de patologias as relacionadas ao crack representam 32% de todas as internações de adultos e tiveram um aumento comparativo de 8,3%. [...] Os transtornos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas representaram 63,7% das internações de 2012, evidenciando-se neste grupo de patologias as relacionadas ao crack com 60,5% de todas as internações do ano (PORTO ALEGRE, 2013, p. 33).

Esses dados apenas demonstram o número de internações com foco nas patologias de saúde mental e substâncias utilizadas, o que limita uma análise mais

densa que leve em consideração faixa etária e sexo para realizar um diagnóstico mais preciso dessas intercorrências e, assim, poder pensar em ações mais efetivas que atuem para modificar essa realidade.

Desse modo, o plano reconhece que a partir dos dados de internações psiquiátricas com base nos relatórios de gestão de 2011/2012, “indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 33).

Perante essas informações, se percebe as dificuldades da gestão municipal com relação ao conhecimento sobre as questões de saúde mental, da qual os poucos dados que apresentam são insuficientes para a construção de diagnóstico epidemiológico, o que pode acarretar em ações desarticuladas, que não contemplem as reais necessidades da população, repercutindo na falta de atenção integral em saúde e aumento dos agravos de adoecimento da população.

Ao se utilizar a perspectiva de gênero para a análise das políticas públicas sobre álcool e outras drogas e saúde das mulheres, pretendeu se conhecer e problematizar se essa categoria é incluída ou não nos textos dessas políticas e a forma como o termo gênero é abordada a fim de verificar a transversalidade de gênero no planejamento das ações a serem desenvolvidas para atenção a saúde das mulheres. Assim, como transversalidade de gênero nas políticas públicas se compreende

A ideia de elaborar uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo. Esta transversalidade garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres (BANDEIRA, 2005, p. 5).

Nesse sentido, a transversalidade de gênero nas políticas públicas visa à efetivação e garantia de direitos das mulheres, que devem orientar as ações do Estado a fim de promover a igualdade de gênero. Isso pois as políticas públicas são os elementos chaves para a efetivação de direitos fundamentais e sociais, sejam eles individuais ou coletivos, que podem incluir em seus planos e programas ações que gerem igualdade de direitos e de oportunidades.

De acordo com Johnsom (2007), a transversalização a partir da perspectiva de gênero é traduzida na prática através da ideia de que todos os atores sociais que

incidem no processo de elaboração das políticas públicas tenham que incluir, nessas mesmas políticas, uma perspectiva de gênero. Essa transversalização compreende a ideia de que todas as políticas públicas implementem uma perspectiva de gênero, desde o momento de identificação do problema, da consciência de que esse problema pode afetar de maneira diferente a homens e mulheres e que, para tanto, as soluções também podem ter um impacto diferenciado.

Entretanto, mesmo que as políticas públicas contenham o termo gênero em seu texto, isso não significa que as mesmas possuam a perspectiva de gênero no desenvolvimento de suas ações. A incorporação do termo gênero muitas vezes ocorre de maneira inadequada e de forma a banalizar o seu conceito, utilizada em alguns casos como um meio de substituir o termo sexo, deixando de explorá-lo como um processo de construção social.

Políticas públicas de gênero implicam e envolvem não só a diferenciação dos processos de socialização entre o feminino e o masculino, mas também a natureza dos conflitos e das negociações que são produzidos nas relações interpessoais, que se estabelecem entre homens e mulheres e internamente entre homens ou entre mulheres. Também envolvem a dimensão da subjetividade feminina que passa pela construção da condição de sujeito (BANDEIRA, 2005, p. 9)

Nesse sentido, as políticas públicas, ao incorporarem o enfoque de gênero, devem estar atentas aos conflitos que perpassam as relações sociais entre homens e mulheres e também às desigualdades produzidas e reproduzidas culturalmente entre os mesmos. E para que ocorra a transversalidades das políticas sob a perspectiva de gênero é imprescindível a reorganização dos processos políticos com o viés da equidade de gênero em todas as políticas, ações e programas do governo, a partir de todas as suas esferas de gestão, que visem à efetivação e garantia de direitos.

Portanto, é nos espaços da esfera pública que serão esboçadas as propostas e estratégias de políticas públicas com perspectiva de gênero que orientem ações que contribuam para a transformação das desigualdades de gênero e que possibilitem dar visibilidade às necessidades e demandas das mulheres.

Nesse horizonte, a utilização da categoria gênero almeja chamar a atenção para as implicações referentes ao uso de drogas por mulheres, tendo como escopo contribuir para a promoção da integralidade na atenção dessas mulheres, reconhecendo suas especificidades, bem como as construções sociais e culturais

instituídas historicamente e que permeiam as relações sociais entre mulheres e homens, acarretando em situações de desigualdades e vulnerabilidade.

A partir do que foi analisado nos textos das políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas e saúde da mulher sob o enfoque de gênero, é preciso compreender como são materializadas as premissas e ações estabelecidas nessas políticas para a atenção das mulheres que fazem uso de drogas, através da concepção dos trabalhadores que atuam na rede de serviços de atenção em saúde mental, que será explicitado a seguir.

4.3 As mulheres na voz dos trabalhadores: onde estão as mulheres?

O fenômeno do uso de drogas realizado por mulheres se constitui de forma complexa, com diversas implicações sociais que requerem uma atenção integral da política de saúde, se materializando nos diferentes serviços da rede de atenção em saúde. Com isso, é importante conhecer como esses serviços se organizam e dispõem de estratégias para o atendimento das mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas.

Para o adensamento do conhecimento dessa realidade em consonância ao que foi objetivado na presente pesquisa, e a fim de identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero, é preciso dar voz as trabalhadores(as) para que expressem suas percepções com relação às mulheres atendidas e à organização do processo de trabalho para intervir nas especificidades femininas.

Assim, ao analisar as falas dos trabalhadores(as) dos serviços de saúde mental, o que apareceu de forma bastante expressiva foi a indagação “onde estão as mulheres?”, devido ao pequeno número de mulheres em atendimento nesses serviços. O que é demonstrado nas diferentes falas:

O que acontece, na verdade, é que a gente tem um número muito pequeno de mulheres que frequentam o serviço. E a gente fica, acho que a equipe de um modo geral, em alguns momentos já se questionou, onde estariam as mulheres? Que a gente sabe que tem bastante no território. Mas elas, enfim, por algum motivo ou outro acabam não chegando no serviço (T. 1).

A fala dessa trabalhadora expressa que há o conhecimento por parte da equipe de um número maior de mulheres usuárias no território, porém elas não acessam o serviço. A constatação da realidade não exerce força suficiente para a

criação de ações de busca a essas mulheres, o que se reitera nos textos das políticas públicas, nas quais constam indicações vagas e falta de clareza na efetivação de ações para o atendimento dessas mulheres. A equipe demonstra conhecer esse dado, mas não são evidenciadas iniciativas na busca dessas mulheres.

O planejamento e a implantação de intervenções para pessoas que fazem uso de drogas são fundamentadas em necessidades masculinas, com pouca consideração para quaisquer diferenças entre os sexos, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais (BRASILIANO, 2003).

Este trabalhador reitera a pouca prevalência feminina no serviço, porém não explica o porquê deste dado. Isto se repete em outras instituições, reforçando o não acesso das mulheres.

Eu já estive em outro serviço, outro CAPSAD, que também tinha essa questão muito forte de onde estavam as mulheres que não estavam frequentando o CAPS (T. 7).

A indagação se repete nesse fragmento de fala em que o trabalhador refere que em outros serviços também consta a ausência feminina nesse local. Contudo, não há referências quanto à busca de respostas para essa realidade. Essas falas reeditam os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil⁸, realizado em 2005, a fim de estimar a prevalência do uso de drogas psicotrópicas lícitas e ilícitas, mostrando a atualidade desses dados e a não construção de enfrentamento para esta realidade, pois as mulheres continuam não chegando aos serviços.

Essa pesquisa traz em seus achados comparativos entre os levantamentos realizados em 2001 e 2005, constatando que as mulheres,

[...] apresentaram uma prevalência de uso na vida para Estimulantes, Benzodiazepínicos, Analgésicos (Opiáceos) e Orexígenos cerca de duas a três vezes maiores que os homens. Houve também um aumento de prevalência de uso em 2005, em relação a 2001 para as seguintes drogas: Álcool, Tabaco, Maconha, Solventes, Cocaína, Estimulantes, Benzodiazepínicos, Alucinógenos, Crack, Esteróides e Barbitúricos (CARLINI *et al*, 2006, p. 306).

⁸ A população alvo corresponde aos municípios brasileiros com população acima de 200 mil habitantes, o qual foi feito em 108 cidades, na faixa etária compreendida entre 12 a 65 anos de idade. Este Levantamento também possibilitou o conhecimento sobre o padrão de consumo de drogas entre homens e mulheres, distribuídos entre o total de 7.939 entrevistados nos 108 municípios, a partir da faixa etária e sexo (CARLINI, *et al*, 2006).

Desse modo, se verifica que o consumo de drogas em mulheres vem aumentando para algumas substâncias, e o uso de drogas medicamentosas é superior ao consumo masculino. O que também se pode perceber na seguinte fala:

Se fosse pegar em termos epidemiológicos e tal, é verdade que, embora esteja caindo, a proporção ainda é, tipo, dois pra um, três pra um, em dependência química, dependendo da droga. Mas, vamos dizer assim, as mulheres vem se equiparando também aos homens em dados estatísticos, assim, epidemiológicos, embora ainda seja, o homem, ainda seja maior número, um pouco maior (T. 5).

A fala desse profissional vai ao encontro dos dados apontados na pesquisa nacional ao referir o aumento de consumo de drogas entre as mulheres. Porém, esse crescimento do uso não se reflete nos dados referentes ao tratamento em algum momento da vida para essas questões. O quadro a seguir demonstra o comparativo de acesso ao tratamento entre ambos os sexos nos dois levantamentos realizados.

Figura 1: Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.

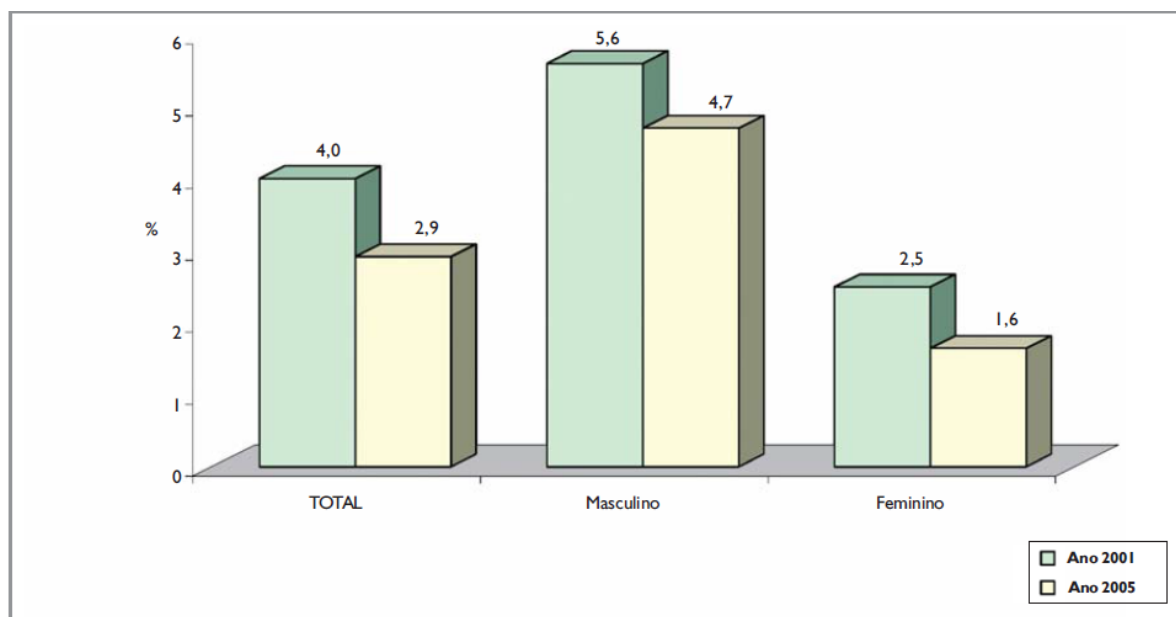


Figura 45: Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo a porcentagem dos entrevistados que recebeu algum tratamento para o uso de Álcool e outras drogas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

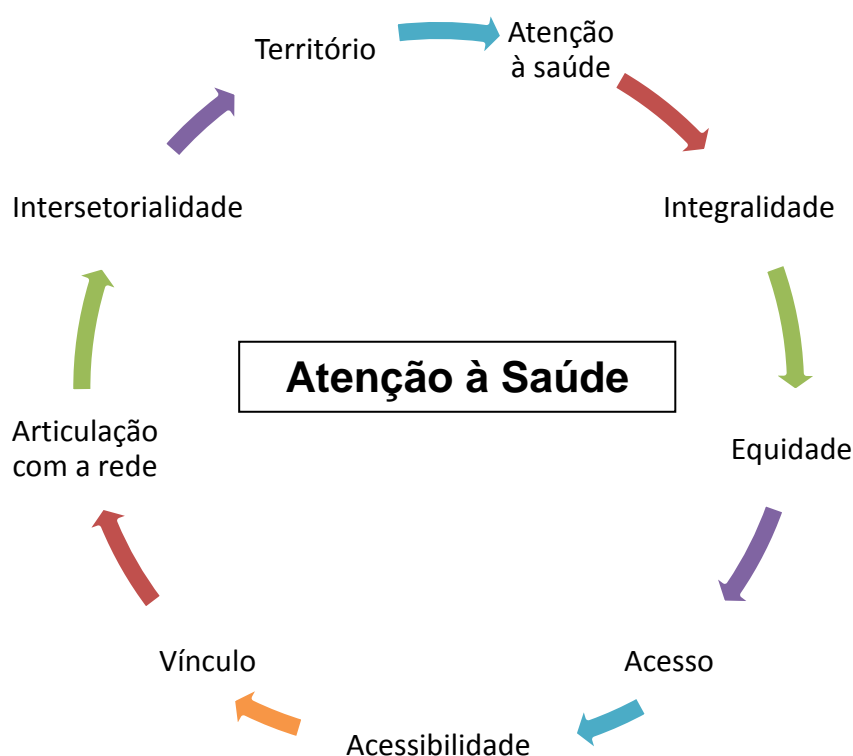
Fonte: (CARLINI *et al*, 2006, p. 318).

Com base nos dados apresentados, se compreende que houve uma diminuição da realização do tratamento para ambos os sexos no ano de 2005, mas com relação às mulheres a porcentagem se evidencia ainda mais baixa que em relação aos homens.

Apesar desse levantamento ter sido realizado em 2005, os dados encontrados estão em consonância com a fala dos trabalhadores(as) e representam a realidade encontrada em diversos serviços especializados para o tratamento referente ao uso de álcool e outras drogas, nos quais as mulheres em atendimento sempre estão em menor número em relação aos homens. E diante do exposto nesse levantamento, se percebe que o consumo de drogas entre as mulheres vem crescendo e há um descompasso no acesso ao tratamento, que ainda é inferior em relação ao sexo masculino.

Entretanto, para compreender essa realidade é preciso conhecer e problematizar a gestão do cuidado e a estrutura organizacional dos diferentes serviços de atenção a essas usuárias. Ao observar a fala dos trabalhadores(as), emergiram algumas categorias empíricas, que correspondem à atenção à saúde, exemplificadas no esquema a seguir:

Figura 2: Atenção à saúde



Fonte: Dados sistematizados.

Este gráfico demonstra o processo de atenção à saúde, composta por um conjunto de ações e práticas, havendo interação entre as diferentes categorias que o

compõe a fim de responder às necessidades de saúde dos usuários. Na concepção de Mendes, os sistemas de atenção em saúde se constituem em:

Respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011, p. 45).

Essa dimensão organizacional dos serviços de saúde também corresponde à gestão do cuidado no desenvolvimento de ações do trabalho em saúde, de forma a atender às necessidades de saúde dos indivíduos, suas singularidades e especificidades culturais, políticas e sociais, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS.

Nessa perspectiva, é importante vislumbrar como se dá a atenção à saúde das mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas nos diferentes serviços pesquisados, de que forma os trabalhadores(as) estão atentos para as especificidades femininas e como intervêm nessa realidade. Como forma de conhecer a percepção dos trabalhadores(as) foi utilizada a seguinte questão norteadora: como vocês percebem o atendimento realizado para mulheres neste serviço?

Eu acho que, na verdade, o atendimento pras mulheres, não difere tanto assim do atendimento pros homens. A gente sabe que não vem, mas ao mesmo tempo a gente também, vai cuidando de quem tá aqui, e muitas vezes acho que a gente tem que ter esse olhar pra fora do serviço pra saber por que elas não chegam tanto. Então não vejo uma diferença, assim, no atendimento das mulheres. Talvez não seja um problema de acesso, porque o CAPS é portas abertas (T. 1).

A partir desse relato é possível perceber que o atendimento oferecido às mulheres ocorre da mesma maneira para os homens, sem que haja uma atenção específica para as particularidades femininas. Apesar de o serviço referir ter as portas abertas para o atendimento, esse se torna espectador da demanda feminina. Ao mesmo tempo, os trabalhadores(as) acreditam que esta questão não ocorra por falta de acesso.

No entanto, garantir o acesso ao serviço de saúde não significa dizer que o mesmo possa oferecer acessibilidade para as usuárias em atendimento. Isso pois a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários atendidos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), o

que também é demonstrado nos outros depoimentos que reiteram a homogeneização do atendimento.

Não é diferente. Mas eu entendi que não é diferente... pra mim ele não se torna diferente do atendimento para o morador masculino, pro homem na rua. Eu acho que não se diferencia tanto. Claro que tem as suas particularidades, porque eu acho que a situação de rua, ela é tão singular, cada situação é uma situação. E pra mim, indiferente de ser mulher ou ser homem, a solidão, a exclusão, a doença, a negligência, o abandono e a violência fazem parte daquela vida, que às vezes, tu não dissocia se é uma mulher, se é um homem (T. 14).

O relato da profissional expressa a percepção das singularidades dos sujeitos em situação de rua, porém não demonstra a compreensão referente às particularidades de gênero que perpassam a vida desses indivíduos. As condições do atendimento são definidas pelas condições de vida, e não pelas características e singularidades das usuárias. No fragmento a seguir a confirmação que a diferença de gênero seja nas condições mais precárias ainda se mantém.

Porque tu dormir na rua sendo mulher, e tu dormir na rua sendo homem, é uma outra característica. Tipo, eu ouvi uma história de uma mulher que colocava, ela amarrava panos pra não ser violentada durante a noite, pra se proteger. Então além de estar em vulnerabilidade muito maior pela questão do corpo mesmo, na verdade reflete muito isso, ainda essa hierarquia, seja em situação de rua, seja a nossa, de não reconhecimento do papel da mulher, mesmo ela tendo toda essa força, o homem que ainda é reconhecido nos territórios (T. 13).

Nesse trecho, a trabalhadora acena que há uma diferenciação entre os sexos que estão em situação de rua, pois a mulher se torna mais exposta à vulnerabilidade e, conseqüentemente, à situação de violência, e reconhece a invisibilidade das particularidades femininas nos territórios por parte dos profissionais.

Dessa forma, o desenvolvimento da equidade na atenção à saúde das mulheres fica comprometido. Pois, a equidade é um dos princípios fundamentais que constituem o SUS. Compreendendo que todos os cidadãos têm o direito de acesso aos cuidados prestados por esse sistema, a equidade contempla a realidade que locais e pessoas diferentes têm necessidades distintas, e por isso soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em que estão inseridas.

Entretanto, o processo de cuidado em saúde se desenvolve de forma contraditória e com diversas implicações que envolvem atravessamentos vinculados a interesses políticos e econômicos, que desencadeiam diversos desafios para a

consolidação do SUS, perpassando por questões referentes ao subfinanciamento, recursos humanos insuficientes, terceirização, privatização, seletividade e focalização da política de saúde.

Conseqüentemente, a precarização causa impactos tanto aos trabalhadores como aos serviços prestados e é uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de danificar a qualidade e o prosseguimento dos serviços essenciais ofertados à população (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Diante dessa realidade, não se trata aqui de culpabilizar os(as) profissionais pelas questões pertinentes às inadequações do processo de cuidado, assim como a relação ao acesso e acessibilidade nesses serviços de saúde, mas de também estar atento às condições de trabalho, ao número reduzido de trabalhadores para suprir uma grande demanda de atendimentos, aos vínculos empregatícios precários, à carga horária excessiva. Fatores que comprometem o desenvolvimento da atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, o que se pode perceber na seguinte fala:

A unidade é uma unidade feminina, em 24 leitos tem 5 leitos para mulheres gestantes dependente química. No momento, como a gente está com redução de leitos pela metade, fica 2 a 3 três pacientes depende química, mas às vezes a gente tem até 7 pacientes dependentes químicos. Por falta de pessoal, de técnico de enfermagem. E reduziram as horas extras também. Isso a prefeitura sabe disso, o secretário sabe disso (T. 20).

Com base no que foi relatado pela profissional, a instituição reduziu os leitos para internação de mulheres, o que torna ineficiente a sua atenção à saúde, restringindo o número de atendimentos. Ao mencionar que os gestores municipais têm conhecimento sobre esta redução de leitos, isto demonstra o descaso e a falta de investimento por parte dessa gestão para a garantia do acesso ao tratamento.

O Plano Municipal de Saúde desenvolvido por esta gestão apresenta dados que demonstram o crescimento de internações decorrentes do uso de álcool e outras drogas pela população adulta. Mas não refere o planejamento de ações para a superação dessa demanda.

Desse modo, a gestão é composta por um arcabouço institucional de regras, planos, portarias, projetos, normas e protocolos que delineiam o processo de trabalho a ser adotado pelos profissionais no cotidiano dos serviços em saúde. O que Franco (s/d) elucida como instrumentos utilizados para padronizar e que ao

mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido.

A correria do dia a dia nos faz perceber algumas coisas. Uma constatação é, com certeza, por que tem tão poucas mulheres que frequentam o CAPS? E pra quem já passou por outros serviços AD, eu acho que isso é uma coisa muito comum (T. 3).

Esse relato expressa que as condições de trabalho muitas vezes não permitem que os(as) trabalhadores(as) possam problematizar as demandas e as necessidades das usuárias atendidas, inviabilizando a construção de estratégias interventivas para solucionar essas lacunas assistenciais. Essa interpretação não pode ter o efeito de justificação, mas de interpelação, pois há o compromisso da política de saúde e de todos os seus atores de construir ações que potencializem a saúde da população.

Entretanto, apesar das dificuldades impostas aos serviços de saúde para realização da atenção integral, os trabalhadores(as) demonstram importantes contribuições para o processo de cuidado no cotidiano de suas intervenções. Assim, o trabalhador vai “desenhando o cuidado, como trabalho artesanal [...] impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular” (FRANCO, s/d. p.3), o que é exemplificado na seguinte fala:

As que são acompanhadas a gente tenta auxiliar da melhor forma, receber, acolher com humanização, proporcionar escuta. Acho que as que tem aqui, que estão vinculadas, estão bem aderidas ao tratamento, participam das atividades. Então, com relação ao tratamento, o acompanhamento das que vem no serviço eu vejo que é feito de uma forma bem humanizada, enfim, positiva. Tem resultados bacanas (T. 3).

O trecho explicita o processo de cuidado desenvolvido pela equipe com as usuárias atendidas no respectivo serviço, estando implicadas questões como a humanização, o acolhimento, o vínculo e a escuta, que são importantes instrumentos que constituem o processo de trabalho em saúde.

Conforme Cecilio (2001), no momento de encontro do usuário com a equipe é preciso que prevaleça o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde das pessoas que buscam o serviço, apresentadas ou travestidas em demandas específicas, cabendo à equipe ter

sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Essa questão manifesta no seguinte trecho:

O sucesso maior em adesão é essa questão mesmo do acolhimento, do respeito à decisão do sujeito, em redução em abstinência, ou a escuta, o profissional escutar e não ser um ditador, estar ali pra acolher mesmo (T. 16).

A fala da profissional demonstra uma postura ética com relação ao respeito às decisões das pessoas atendidas, sem impor um tipo de tratamento que não condiz com as predileções das usuárias. Essas atitudes operam de forma positiva no processo de cuidado, pois garantem a vinculação da usuária ao serviço. Respeitar as diferenças dos usuários no cuidado em saúde, “implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada” (ALVES; GULJOR, 2008, p. 229).

Essa perspectiva de cuidado é imprescindível nas intervenções com as usuárias que fazem o uso de álcool e outras drogas, a fim de considerar as singularidades de cada situação, visando ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde fundamentadas sob a ótica dos direitos humanos, para a superação da lógica de tratamento focada na exclusão e isolamento social desses usuários e assim propiciar práticas de cuidado com base na reinserção social desses indivíduos.

O processo de cuidado em saúde mental tem como eixo a organização territorial, através de divisões por áreas de abrangência que determinam os limites geográficos de cobertura assistencial dos serviços que compõem a rede de cuidados. Dessa forma, o território aufere centralidade, pois para haver a inserção social dos usuários da saúde mental é preciso que esses habitem cada vez mais os espaços da comunidade, saindo dos espaços de reclusão e de marginalização real e simbólica. O território é compreendido como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos (DELGADO, 1997).

Portanto é necessário que os serviços de saúde estejam atentos às particularidades dos territórios do qual fazem parte, para assim poder compreender suas singularidades, fragilidades e potencialidades, para o desenvolvimento de ações que estejam de acordo com as necessidades advindas da população

pertencente a esse espaço. Essas questões pertinentes ao território estiveram presentes no discurso dos(as) trabalhadores(as), ilustradas no trecho a seguir:

Os territórios são muito distintos. Então cada um dos espaços, talvez a experiência que eu e a L. temos, que é dupla, é um território onde o número de usuários é, o maior número deles é masculino, tem bastante homens nesse território. Então a questão da mulher, talvez, a questão do gênero, talvez, ali, ela se diferencia de um outro espaço, que daí as gurias atendem, outra dupla, é numa zona de prostituição e o número de mulheres é muito maior fazendo esse trabalho, encaminhando a sua forma de vida (T. 13).

A profissional demonstra em sua fala o conhecimento sobre as peculiaridades dos diferentes territórios que são atendidos por esse serviço, assim como as características pertinentes às mulheres, que se distinguem em termos de quantidade, demandas e implicações de gênero.

Essa perspectiva territorial permite que a ênfase do cuidado seja nos serviços de base comunitária a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece locais de atenção para o atendimento em saúde mental, incluindo o atendimento às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Com isso, o desenvolvimento do trabalho em rede se torna fundamental para atender às diferentes necessidades e demandas das usuárias, ampliando as possibilidades de intervenção profissional. Esse trabalho em rede foi referido em diversas falas dos(as) profissionais, como por exemplo:

A gente tem uma boa articulação com a rede que vale a pena falar, porque a gente atende também mulheres que estão cumprindo pena, estão no sistema prisional, tem uma boa parceria, então acho que essa questão de articulação entre as políticas públicas, pelo menos o CAPS, a equipe vem desempenhando bem (T. 1).

A profissional explicita que essa equipe desenvolve intervenções com base na articulação com a rede de serviços para além dos locais da política de saúde, mostrando a importância da intersetorialidade para atender às usuárias que estão no sistema penitenciário. Para Mioto e Schütz (2011), a intersetorialidade envolve ações integradas de diferentes setores no atendimento da população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida, evocada por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais.

Nessa dimensão, a intersetorialidade atua como peça chave para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde. Mas para que essa perspectiva se

efetive é imprescindível a articulação que extrapole os limites institucionais, possibilitando o enfrentamento, a focalização e fragmentação das políticas públicas, para assim garantir a integralidade nas ações. Portanto, “A integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede” (CECILIO, 2001, p. 118).

Desse modo, é importante que os serviços de saúde mental para atenção ao uso de álcool e outras drogas, estejam atentos para as demais necessidades dos sujeitos atendidos, para que não atuem apenas no foco do uso de substâncias, mas que possam olhar para os usuários sob a ótica da integralidade e da singularidade que cada situação representa. O trecho a seguir exemplifica essa constatação.

O CAPS também não é só a questão AD, mas daqui a pouco vem outras questões de saúde e que a gente passa ajudar a mulher a olhar pra si também, não só pra questão AD (T. 4).

A profissional refere que as intervenções do CAPS, apesar de ter a especificidade de atendimento para o uso de álcool e outras drogas, não devem limitar-se apenas nesse enfoque, mas perceber as singularidades para outras demandas de saúde das mulheres atendidas. Por isso, é preciso “radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde” (CECILIO, 2001, p. 120).

Nessa perspectiva, as profissionais relatam outra questão pertinente com relação ao acesso das usuárias aos demais serviços de saúde, conforme o trecho a seguir:

O curioso da mulher é que ela chega sempre assistida por algum lugar, uma UBS, um serviço da assistência. Então quer dizer, sempre tem um suporte, ou é da Casa Lilás, ou é do abrigo, enfim, sempre, dos CRAS, CREAS, sempre tem a rede por trás (T. 9).

A fala dessa profissional explicita que as usuárias acessam os serviços especializados de saúde através de outros dispositivos da rede que não atendem especificamente as demandas referentes ao uso de drogas, como, por exemplo, os serviços da Política de Assistência Social e os serviços da Atenção Básica em saúde, nos quais o número de mulheres que são atendidas é sempre maior em relação aos homens. Tal questão também é referida no seguinte relato:

É muito fácil, "ah, vou na unidade coletar meu estudo patológico", enfim, ah, será que, pra elas parece não ser tão natural "ai, eu vou lá no CAPS frequentar o grupo de prevenção à recaída", por exemplo (T. 11).

Essa realidade denuncia fraturas e contradições historicamente identificadas que diferenciam a inserção de homens e mulheres nos serviços de saúde. Historicamente os homens buscam menos o atendimento em saúde, morrem mais cedo e não possuem a cultura de frequentar os serviços de saúde. As mulheres buscam mais frequentemente e mais cedo o atendimento em saúde do que os homens. De acordo com o levantamento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 76,1% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, porém, entre os homens, essa proporção foi de 58,8% (IBGE, 2010).

Entretanto, esses dados apontam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde para aquelas situações "socialmente aceitas" como maternidade, pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, vacinação, etc. No que se refere ao uso de drogas, há uma retenção das mulheres aos serviços e uma "permissão" da busca pelos homens, o que remete a uma masculinização do uso de drogas, que reflete nas intervenções dos profissionais, na própria organização dos serviços e que fomenta processos de inclusão/exclusão através da homogeneização da atenção em saúde.

Desse modo, os(as) trabalhadores(as) também percebem essa masculinização do uso de drogas na sociedade e o impacto que essa concepção causa na vida das mulheres, conforme o trecho a seguir:

Até hoje a gente tem aquela coisa de que, bom, se uma mulher estiver sentada num bar, sozinha, meu deus, quantas coisas se pensam, diferente do homem. E acho que pra mulher, ela também, essa visão social de ser usuária de substâncias, eu acho que pesa muito em função de toda essa cultura que a gente traz em relação à mulher (T. 12).

A fala da trabalhadora aponta para os estigmas das mulheres que fazem uso de drogas, pois perante a sociedade ela não é "bem vista" por estar realizando um ato considerado masculino, demonstrando as implicações de gênero no consumo de drogas feito por mulheres.

Scott (1995) define gênero como um elemento constitutivo de relações sociais entre homens e mulheres, uma construção social e histórica, com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e

feminilidade, como também padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres, o que também se demonstra no seguinte trecho:

Como a mulher lida com o sofrimento, com relação ao uso de substâncias. Tem uma diferença. O homem, por que o pessoal diz "ah, vai afogar as mágoas hoje lá no bar da esquina". A mulher é uma coisa mais velada (T. 16).

Nesse trecho o trabalhador aponta para as particularidades do uso de drogas entre ambos os sexos, no sentido de que para os homens o consumo prevalece em locais públicos, enquanto que para a mulher esse uso é mais camuflado. Dessa forma, há uma naturalização do consumo de drogas masculino, o que permite maior exposição social. Tal questão se encontra evidenciada no relato a seguir:

É total uma questão histórica. Sempre foi comum um homem sair com os amigos pra um bar e beber, e pra mulher não. A mulher, ela vai ter que cuidar do filho e mesmo que as coisas tenham mudado, ainda a mulher vai ter que trabalhar, estudar, cuidar do filho, trocar fralda, dar de mamar, arrumar a casa (T. 13).

A fala da trabalhadora expressa a construção histórica e social que moldou a concepção dos papéis de mulheres e homens e que legitima ações e atitudes para ambos. Com isso, se expressam as desigualdades de gênero que, apesar da ampliação da autonomia das mulheres e sua inserção em diferentes espaços, ocasionou uma sobrecarga de atividades que elas têm que realizar para além dos cuidados tradicionais vinculados à família e ao lar.

Assim, o consumo de drogas em mulheres está em descompasso com os seus papéis sociais e essas concepções colaboraram para o ocultamento das mulheres, que procuram se esconder para fugir de julgamentos sociais permeados de preconceitos e estigma. Em consequência disso, preocupam-se mais em se esconder do que com as ações de prevenção (CRUZ, 2012).

Nesse sentido, Romo (2004) refere que existem vários elementos presentes na construção de gênero e de "ser mulher" na nossa sociedade que influenciam na forma como as mulheres usam drogas, na suscetibilidade a danos, no contexto físico e social que escolhem para consumir a droga e no acesso ao tratamento.

Os(as) profissionais apontam diversas motivações do uso de drogas nas mulheres atendidas: o trauma psíquico, violência doméstica, preenchimento dos vazios existenciais, ruptura dos vínculos familiares, abuso na infância, abandono

familiar e prostituição. O contexto social em que as mulheres estão inseridas contribui para o consumo de drogas, o que se exemplifica na fala deste profissional:

E eu vejo que o pessoal de rua, eles utilizam as drogas pra passar o frio, pra passar a fome, às vezes é uma ferida, ah, pelo menos usando droga não dói, elas tem muito a questão de boca. As meninas principalmente, essa questão de não fazer higiene de boca e o próprio uso da droga, e passar a dor de dente, aí tem que usar pra passar a dor. Então assim, a droga é teu companheiro sempre, sempre foi teu companheiro. Então dizer que droga é essa (T. 17).

O discurso do trabalhador demonstra a vulnerabilidade social e de saúde das mulheres que estão em situação de rua, como também o lugar que a droga ocupa em suas vidas, atuando como meio de suportar a dura realidade. Desse modo, a droga possibilita um acalento para as suas dores, não somente a dor física, como a existencial.

De acordo com Acselrad (2011) o consumo de drogas para fins terapêuticos foi bastante difundido no Século XIX. Recomendava-se o uso de *drops* de cocaína para sanar a dor de dente, prometendo a cura instantânea. Com isso, se percebe que o uso de drogas na história, como na atualidade, se constitui de diferentes modos e objetivos. Contudo, no presente, esse consumo é criminalizado, moralizado e estigmatizado, principalmente para as mulheres, na medida em que o estigma e o preconceito frente a elas é maior do em relação aos homens, pois elas fogem totalmente dos padrões considerados “normais” pela sociedade (OLIVEIRA, *et al*, 2007).

Nessa perspectiva, as profissionais mencionam as particularidades das mulheres em situação de rua, atravessadas pelas desigualdades de gênero, em que a mulher adota um estereótipo masculino como forma de proteção da violência e dos demais riscos vivenciados por sua condição social.

A gente já acompanhou algumas situações em que elas são abusadas durante o uso e aí teve uma vez que teve uma menina que trouxe essa situação e que a aparência dela mudou, ela ficou mais masculinizada, assim, raspou o cabelo, usava roupas largas pra não ser reconhecida, como uma forma de proteção. Ela mudava o seu biotipo feminino como uma forma de proteção em relação ao abuso (T. 16).

As falas das profissionais expressam os meios de resistência que as mulheres em situação de rua adquirem para sobreviver nesse espaço, através de uma masculinização, aproximando-se do universo masculino e da representação dos seus papéis.

O uso de vestimenta masculina no intuito de se defender das ameaças presentes na rua permite a compreensão que as relações de gênero, são entendidas como relações de poder que estão em constantes transformações, sendo influenciadas por relacionamentos interpessoais e intergrupais, políticas, formas de liderança e culturas, podendo reforçar ou exigir mudanças de atitudes e comportamentos das pessoas. Diante disso, percebe-se a existência de fluxos constantes e dinâmicos de relações de gênero, no qual o contexto da rua exigiu dessa mulher uma nova identidade subjetiva e mudanças de papéis impostos pela sociedade (CRUZ, 2012). O contexto da situação de rua vivenciada pelas mulheres também é abordado na seguinte fala:

Tem algo que causa um estranhamento no território, as meninas se prostituem, mas não é uma prostituição talvez que a gente a olhos nus esteja acostumada de ver. Ali são as meninas que estão sujas, cinco, seis dias sem tomar banho, emagrecidas pela falta de nutrição adequada, pelo uso de crack, e aquilo é que chama atenção daquele público que vai pegar elas pra prostituição. Então às vezes são pessoas muito bem arrumadas, nos carros e que usam essas meninas pra fazer prostituição na questão de dizer "não adianta eu tomar banho porque o fetiche deles é isso". Então, ao mesmo tempo que aquilo é um fetiche, ele causa desconforto e tem muito feminicídio lá nesse local por causa disso (T. 13).

A fala da profissional mostra as especificidades das mulheres em prostituição no território, expostas à violência e tratadas como meros objetos de consumo pelos seus clientes que, ao satisfazerem seus desejos, sentem repulsa desse prazer e expressam esse sentimento nas mulheres através de atos violentos. Dessa forma, a prostituição é marcada por valores morais e de desigualdades de gênero, sendo "considerada um fato negativo por reforçar a supremacia e dominação masculina e perpetuar o mito de que as mulheres devem estar disponíveis à vazão dos desejos sexuais masculinos" (COSTA, 2009, p. 3).

No imaginário social, o trabalho sexual e consumo de drogas remete a cenas de marginalidade, violência, degeneração física, moral e à transgressão de normas sociais. Esse moralismo com relação à prostituição, se expressa na música de Chico Buarque, "joga pedra na Geni, joga pedra na Geni, ela é feita pra apanhar, ela é boa de cuspir, ela dá pra qualquer um, maldita Geni". Geni é tratada como merecedora de violência, de escracho social, por sua condição de gênero, classe e degradação moral, assumindo uma condição inferiorizada e estigmatizada.

Portanto, muitas das mulheres que fazem o uso de drogas recebem as atribuições da “Geni”, principalmente quando esse consumo é realizado em espaços públicos e há a questão do corpo feminino como moeda de troca para a obtenção das substâncias. Essas mulheres são condicionadas a estigmas muito maiores do que as que realizam o consumo de maneira camuflada, justamente para evitar o julgamento moral a que são impostas.

A vivência das mulheres atendidas nos diferentes serviços pesquisados e expressas na fala dos trabalhadores são compreendidas a partir do conhecimento socialmente construído, vinculadas às desigualdades de gênero e que interferem na “elaboração e implantação de estratégias de atenção à saúde, direcionada para pessoas usuárias de drogas, assim como constitui barreira para busca e envolvimento de mulheres usuárias de drogas em serviços especializados” (OLIVEIRA, *et al*, 2007, p. 697).

Ao mesmo tempo em que os serviços de saúde desenvolvem uma atenção à saúde homogeneizada para as usuárias que fazem o uso de drogas, muitos profissionais indicam em sua fala a compreensão das particularidades de gênero que transversalizam a vida dessas mulheres. Porém, essa percepção não se reflete em grande parte das práticas profissionais. Nessa perspectiva, “o tratamento deve se dirigir mais ao ser mulher e sua problemática do que à dependência propriamente dita” (BRASILIANO, 2003, p. 203).

4.4 As mulheres por elas mesmas

Para contemplar o objetivo específico da presente pesquisa – Analisar como as questões de gênero singularizam o uso de substâncias psicoativas – foram realizadas entrevistas com três usuárias dos serviços de saúde participantes da pesquisa, a fim de conhecer como elas percebiam as questões pertinentes ao seu universo feminino e ao uso de drogas.

Ao analisar os dados coletados identificamos diversas informações relatadas pelos trabalhadores que não emergiram nas falas das mulheres entrevistadas, principalmente no que diz respeito à violência. Essas informações com relação à violência denunciada pelos profissionais chamam a atenção do porquê não apareciam nos depoimentos das usuárias. Uma das possibilidades de interpretação é o pouco vínculo com a pesquisadora, de modo que as entrevistadas não se

sentiram à vontade para explanar sobre aspectos mais contundentes de suas vidas. O que também remete a interrogativas como: será que estas mulheres se sentem merecedoras da violência? Poderá haver uma naturalização da violência? Elas não entendem as experiências identificadas pelos profissionais como violentas? Ou elas realmente não sofreram nenhum tipo de violência?

A violência almeja a submissão consentida ou a supressão da vontade do outro que 'consente' em ser suprimido na sua diferença. Postas como dependentes para os outros e geralmente do outro, as mulheres naturalizam essa posição historicamente construída (CARDOSO *et al*, 1985). Além do mais, as diferenças entre mulheres e homens, transpostas em desigualdades, instituem uma ordem conjugal polarizada, normalizadora dos comportamentos agressivos do homem, fazendo com que a mulher acredite que a violência seja parte integrante das relações conjugais e que, em assim sendo, sempre irá existir, não havendo possibilidade de transformação (BRASIL, 2001).

No entanto, as falas expressam particularidades de como elas se percebem como mulher em seu papel no contexto familiar e na sociedade. No depoimento de Ceres⁹, ela informa que tem 42 anos de idade, seu nível de escolaridade é o ensino fundamental, possui quatro filhos, dois são adultos, uma adolescente e o caçula é bebê. No momento está em auxílio-doença, anteriormente trabalhava nos serviços gerais de uma escola infantil. Ceres relata que a única substância que utiliza é o crack, na qual iniciou o uso por curiosidade com o ex-companheiro.

A sua declaração é carregada de sentimentos de culpa e vergonha, ao mesmo tempo informando que o efeito da droga a libera da preocupação com os outros, com as críticas e, assim, vem o alívio da culpa e da vergonha, uma vez que seu efeito "remete o sujeito a um lugar onde a dor e o sofrimento parecem não existir, pois haverá sempre algo a incorporar para garantir a plenitude" (BRASILIANO, 2003, p. 202).

O que passa muito na minha cabeça, por ser uma dependente química, passa muita vergonha. Eu sinto muita vergonha desse papel, sabe. Uma mãe de família, com filhos. Na verdade passa, assim, quando tu tá no uso não pensa se tão te olhando, se tão falando de ti, tu não te importa com o que falam. Mas no momento que tu tá de cara limpa, que tu tá sóbria, claro que eu sinto muito vergonha, sabe, eu tinha muito vergonha do que eles

⁹ Os pseudônimos utilizados para nomear as usuárias participantes da pesquisa foram extraídos do resgate histórico desenvolvido no presente trabalho, que aborda algumas deusas mitológicas como Deméter, Ceres e Bacante. A deusa da fecundidade Deméter é simbolizada pelo ópio, Ceres é considerada a versão latina dessa deusa e a Bacante é a mulher dedicada ao culto do deus Dionísio.

falavam, meus filhos, meu marido. Aí as pessoas, tu sai na rua parece que tá todo mundo falando de ti, estão tudo te olhando. Aí é isso que a gente sente. Eu sentia muita vergonha (CERES).

A fala de Ceres revela sentimentos contraditórios, manifestando vergonha, que tem como significado a “desonra humilhante, sentimento penoso de desonra ou humilhação perante outrem, vexame, afronta, timidez, acanhamento, pudor; atos palavras obscenos, indecorosos e/ou vexatórios”. (FERREIRA, 2008, p. 494). Essas sensações a impedem de entender o contexto de sua realidade e expressam a moralização que desencadeia outros sentimentos, como a culpa e o medo de ser julgada moralmente, revelando a construção social do uso de drogas como uma questão masculina, impondo às mulheres a culpabilização e a vergonha por não cumprirem o “sagrado” papel social de mãe e esposa.

Com a maternidade e a educação das crianças, as mulheres realizam sua “vocação natural”. Essa valorização do papel materno foi também difundida pelo saber médico desde meados do século passado e procurava persuadir as mulheres de que o amor materno é um sentimento inato, puro e sagrado (RAGO, 1985). Esses valores ainda se encontram fortemente enraizados na sociedade e estão presentes no discurso das mulheres que, ao não preencherem os requisitos dessa “vocação”, passam a culpabilizar-se pela transgressão das normas estipuladas.

Os discursos sobre os papéis socialmente construídos também são percebidos na fala de Bacante, que expressa diversos sentimentos em relação a sua família. Bacante tem 58 anos de idade, possui quatro filhos adultos que estão casados e não residem mais com ela. Está com o companheiro há trinta e quatro anos, mas informa que não é oficialmente casada. Tem como formação o ensino técnico de enfermagem, mas refere não exercer atualmente a profissão. Ela menciona que faz uso de substâncias lícitas como tabaco e o álcool, iniciando esse consumo na infância ao preparar drinks para os pais. No trecho a seguir Bacante manifesta as implicações causadas por este consumo abusivo em sua vida familiar.

Como mãe eu fui negligente nas gravidezes, negligente com os filhos pequenos, muitas vezes eu deixava com outras pessoas porque eu estava consumindo muito. Negligente como esposa, porque às vezes eu me embebedava e o marido queria relações e eu não tinha condições de dar. No contexto geral eu me sinto bem negligente porque eu consumia muita coisa. Acho que é essa palavra: negligência (BACANTE).

Bacante verbaliza um autojulgamento em que repete diversas vezes a palavra negligente, ou seja, expressa a “falta de atenção ou de cuidado; desleixo,

incúria” (FERREIRA, 2008, p. 350). Esse seu anseio é motivado pelo fato de considerar que não cumpriu com seu papel social de mulher, cuidadora dos filhos e esposa disposta a satisfazer os desejos sexuais do seu marido. Reforça, assim, as relações de gênero que são construídas historicamente, de que a mulher tem que satisfazer os desejos do homem, o qual domina a relação e impõe a subalternidade às mulheres, numa assimetria em relação às posições ocupadas por ambos.

Esses papéis sociais são compreendidos como “padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros e que definem seus comportamentos, suas roupas, seus modos de se relacionar ou de se portar” (LOURO, 1997, p. 24). Assim, mulheres e homens se constituem de atribuições consideradas adequadas para os seus papéis para responder às expectativas sociais.

Deméter possui 23 anos de idade, solteira, tem quatro filhos e está grávida de uma menina. Informa que será a sua última gestação, pois irá fazer laqueadura. Os demais filhos são cuidados por seus familiares. Deméter conta que reside na rua há nove anos e para sobreviver vende o jornal Boca de Rua em sinaleiras da cidade. Refere que fazia uso de crack e cigarro, mas que no momento estava abstinente para proteger a saúde do bebê. Com relação a sua percepção sobre o papel da mulher na família e na sociedade, ela relata:

Olha, a minha família me enxerga normal porque eu tenho outros irmãos que são assim também. Então eu não perturbo em nada, mas na sociedade por causa que eles não tem tanto preconceito pelo cara usar drogas e sim pelo cara morar na rua. Dizem que para mulher é mais difícil, mas às vezes é até mais fácil que o homem eu acho. Para mulher em qualquer lugar ela tem, consegue as coisas mais rápido que o homem, depende das coisas (DEMÉTER).

Seu discurso expressa uma ambivalência com relação ao uso de drogas e à situação de rua, considerando que há maior preconceito por morar na rua. Ao mesmo tempo, menciona que em seu contexto familiar o consumo de substâncias é algo recorrente, expressando uma naturalização do uso de drogas. A concepção de Deméter pode ser o reflexo das dificuldades vivenciadas na rua e de como esse lugar se constitui para ela como seu espaço de moradia, de trabalho, de relações e de sobrevivência.

A situação de rua é permeada por discursos estigmatizados e representações negativas que emergem de atitudes tanto da sociedade civil, quanto de órgãos governamentais, através de políticas e práticas muitas vezes incoerentes

e que caracterizam ações de assistencialismo ou higienização social (SANTOS, 2014).

Desse modo, as mulheres em situação de rua encontram dificuldade com relação à proteção social de políticas públicas que vão ao encontro de suas reais necessidades, principalmente com relação àquelas que estão em período de gestação, carecendo de locais adequados para o acolhimento dessa demanda, o que muitas vezes resulta na perda da guarda de seus filhos através de medidas que penalizam essas mulheres por sua condição social.

Muitas mulheres que se encontram em situação de rua deixaram seus filhos, o que reflete em suas vidas o sentimento de culpa e lembranças. A família é muito presente na memória dessas mulheres (SANTOS, 2014). Esse sentimento também se encontra presente na fala de Deméter.

Eu já tive várias oportunidades de morar em casas e conhecer pessoas que poderiam me ajudar e eu não quis. Eu estou na rua por escolha mesmo, se eu quisesse eu poderia estar na casa da minha mãe, mas eu só não moro com ela por causa que, não porque eu sou usuária de drogas, porque eu tenho outros irmãos que usam também, mas é por não querer que minhas filhas vejam a mãe naquele estado. Por que elas podem querer ser, ou fazer igual ao que eu faço. Então para não prejudicar a educação das minhas filhas eu prefiro ficar assim (DEMÉTER).

O depoimento de Deméter está repleto de culpa com relação à maternidade e, ao mesmo tempo, da noção de que é uma escolha pessoal estar na rua e usar drogas, informando que já abdicou de oportunidades de sair da situação de rua e retornar a um lar.

A culpabilização com relação ao cuidado com os filhos reporta ao que Badinter (1980) refere como o mito do amor materno, a partir da exaltação desse amor como um valor ao mesmo tempo natural e social, em que a mulher tem por obrigação ser mãe e amar seus filhos. Esse “sentimento pode existir ou não existir, ser e desaparecer, mostrar-se forte ou frágil, preferir um filho ou entregar-se a todos” (BADINTER, 1980, p.306).

Essa construção histórica e social com relação ao amor materno coloca as mulheres numa posição de mãe, cuidadora e zelosa aos filhos, não permitindo a aceitação social de outras formas de relações e sentimentos contrários a essa. Assim, a mulher que faz o uso problemático de drogas, e que com isso tem dificuldades de assumir ou realizar os cuidados pertinentes à maternidade, passa a se sentir culpada e moralizada pela não execução do seu papel de gênero.

Deméter também contou sobre seus planos de vida. Quando receber alta hospitalar, após o nascimento de sua filha, irá residir com uma tia que ajudará nos cuidados e sustento do bebê e posteriormente planeja ir à procura de emprego para arcar com as despesas da filha.

Por causa que o tempo que eu fiquei na rua, agora vai ser mais difícil se acostumar em casa porque eu já estava acostumada com a rua. Mas nada é impossível. E eu, querendo ou não, tenho que me acostumar por causa da minha filha, por causa dela que eu vou tentar mudar. Porque ela vai ser a última, porque eu vou fazer laqueadura. Eu tenho que cuidar dela até o final. Só isso que eu tenho para dizer (DEMÉTER).

A usuária relata que irá sair da situação de rua e assumir a maternidade, sinalizando a dificuldade dessa mudança em sua vida. Ao mesmo tempo, remete a uma incerteza com relação a essa transformação e ao questionamento de que se esse é realmente o desejo de Deméter ou se há uma pressão familiar e/ou social para que ela assuma essa maternidade. Isso pois essa será a última filha que poderá gerar, o que se soma ao sentimento de culpa por não ter cuidado dos demais filhos que residem com seus familiares.

No entanto, a maternidade também poderá ser um alento para a transformação de sua realidade, dando-lhe outros sentidos e propiciando elaborar planos que possibilitem a superação da culpabilização pelo afastamento e não criação dos filhos. De acordo com Melo *et al* (2014), a redução do consumo de drogas durante a gravidez demonstra que esse é um momento de grande motivação para essas mulheres que, muitas vezes, constroem outros comportamentos para protegerem seus filhos.

A maternidade e a preocupação com os filhos estão presentes no depoimento de todas as usuárias, que referem os filhos como motivação para a realização do tratamento com relação ao uso de drogas. Ao mesmo tempo, a realidade aponta que há grande número de gestações em mulheres que fazem uso de drogas, informações essas apresentadas na pesquisa nacional sobre o uso do crack. A pesquisa aponta que no perfil das mulheres usuárias dessa substância e/ou similares há aproximadamente 46% com quatro ou mais gestações ao longo da vida (JALIL *et al*, 2014), demonstrando que o número de filhos dessas mulheres é superior à média nacional, que se constitui em 1,77 filho por mulher (IBGE, 2013).

Apesar dessa pesquisa ter seu enfoque no consumo de crack e/ou similares (pasta base, merla e oxi), essa apresenta importantes subsídios referentes ao perfil

das mulheres que fazem uso dessas substâncias, contribuindo para o conhecimento e problematização dessa realidade.

O número elevado de filhos das mulheres que consomem crack também está vinculado ao fato apresentado na pesquisa nacional de que “mais de 70% das mulheres referiu ter tido sexo com parceiros que não haviam utilizado o preservativo masculino, nem utilizaram, elas mesmas, preservativo feminino” (JALIL et al.2014, p.93). Esses dados assinalam a situação de vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas pela falta de utilização do uso de preservativo, acarretando em além das gestações, muitas vezes indesejadas, o risco da infecção pelo HIV e demais DST. Esse fato nos faz refletir: por que as mulheres não usam preservativo? O fato do uso da droga é a única explicação possível? Que motivações elas teriam?

Paradoxalmente, Knibiehler (*apud* RIBEIRO, 2007, p. 148), afirma que “o domínio da contracepção dotou as mulheres de uma responsabilidade assustadora. Só devem nascer as crianças ‘desejadas’”. E assim, a mulher que “ousa lhes impor a vida deve poder assegurar-lhes as melhores condições de existência”. Essa afirmação, apesar de corresponder à atualidade, remete há uma concepção histórica da mulher enquanto mãe e “boa cuidadora” dos filhos.

As mulheres que fazem uso de drogas são desacreditadas em sua capacidade de exercer as funções maternas e consideradas incapazes de criar uma criança, resultando em diversos estigmas e preconceitos a elas vinculados. Assim, o estigma é uma construção social que impõe uma marca, atribuindo ao seu portador um status desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade. Incide na medida em que os indivíduos são identificados com base em alguma característica indesejável que possuem e, a partir disso, são discriminados e desvalorizados pela sociedade (RONZANI, *et al*, 2014).

Dessa forma, se buscou conhecer as vivências em relação a preconceitos e, para tanto, foi perguntado às usuárias se elas haviam vivenciado esse tipo de situação, por ser mulher e/ou fazer uso de drogas. Os depoimentos surpreenderam na medida em que inicialmente relataram não ter sofrido situações de preconceito, muito embora em suas falas se identificasse a vivência de preconceito.

Preconceito não, eu acho que não. Eu acho que não, porque assim, eu, eu era muito, muito, vivia assim, muito escondida, eu fazia as coisas escondida, procurava não deixar as pessoas verem, saber. Tipo, no serviço, ninguém sabia de nada da minha vida, porque eu escondia, não falava nada. Até um dia o meu marido foi lá contar que eu fui internada. Aí teve

que falar o motivo. Aí, tanto é que eu nunca mais quis voltar pro mesmo serviço (CERES).

Ceres nesse fragmento refere não ter sofrido preconceito ao mesmo tempo que menciona que se escondia justamente para não ser criticada. Por esse mesmo motivo não retornou ao trabalho com receio de julgamentos e de sofrer com o preconceito dos colegas. Ao abdicar do seu emprego, Ceres abre mão de uma atividade da qual se orgulhava, era respeitada, encontrava satisfação. Um dos motivos que aumenta a vulnerabilidade das usuárias é isolar-se, romper com atividades laborais e educacionais, além do afastamento dos amigos e familiares que não usam drogas. Posteriormente ela informa que:

Na verdade tem um preconceito, na verdade tem um pouco de preconceito, sim. Tem preconceito não por ser mulher, por causa da droga. A droga, em geral, tanto homem e mulher, eles acham que a pessoa que usa droga, ela rouba, mente (CERES).

A medida que vai falando, Ceres aprofunda sua análise em relação ao preconceito vivenciado, muito embora refira “um pouco de preconceito”, com relação ao uso de drogas e ao estigma social que esse consumo acarreta. Porém, para ela o fato de ser mulher não corrobora para incrementar o preconceito e sim o consumo de drogas que, conforme sua percepção, se configura de modo homogêneo para ambos os sexos.

Essa opinião de Ceres se ampara na concepção social sobre o consumo de drogas que estigmatiza o usuário atribuindo características negativas como: indivíduos perigosos, violentos, mentirosos, moralmente fracos, entre outras conotações estigmatizantes. Dessa forma, como uma “consequência direta da percepção do estigma, os usuários podem passar a concordar com essa visão negativa da sociedade e aplicar os estereótipos negativos a si próprios, o que caracteriza o estigma internalizado” (RONZANI *et al*, 2014, p. 11).

Ceres em seu depoimento coloca em suspenso os determinismos sociais de gênero que se impõem às mulheres que usam drogas: há uma crítica, um julgamento muito mais rigoroso que aos homens? Estaria tão visceralmente introjetada em sua subjetividade que ela não percebe em seu discurso? Em sua fala Ceres demonstra não perceber as particularidades e desigualdades de gênero, as quais são historicamente impostas às mulheres. Assim, Azerêdo (2007, p. 25) afirma que isso “indica sua identificação com a dicotomia que produz o preconceito contra

elas próprias, na medida em que não conseguem criticar essa dicotomia e a aceitam como algo natural”.

Em contraponto ao que foi explicitado por Ceres, o discurso de Bacante reconhece o preconceito vinculado à mulher que faz uso de drogas.

Mas a mulher ela se protege, ela se esconde mais que o homem, justamente pela discriminação. A mulher é discriminada sim. Ela sofre preconceito sim. A sociedade tem preconceito com a mulher que usa drogas, qualquer tipo de drogas, até o cigarro que é lícito. O homem pode fumar, mas a mulher... “Uma mulher fumando, uma mulher era para ser cheirosinha, vai ficar com a boca com cheiro de lixeira”, eu já escutei isso porque eu sou fumante (BACANTE).

A fala de Bacante traz questões contundentes sobre o uso de drogas realizado por mulheres, como a questão do isolamento, com o uso realizado “às escondidas”, justamente para evitar a moralização que tal ato gera, chamando a atenção para o fato de que, independentemente da substância utilizada, seja lícita ou ilícita, a mulher é julgada e discriminada por seu uso, diferentemente dos homens que já tem seu consumo naturalizado socialmente.

O que também se destaca na fala de Bacante é a concepção de um perfil de mulher idealizado, vinculado a características higienistas através da limpeza e do cheirar bem, que não permitem desvio desse padrão e, quando há tal desvio como no caso de fazer o uso abusivo de drogas, as mulheres são julgadas, subestimadas e discriminadas. Esse consumo não corresponde aos determinismos sociais femininos, e o uso de drogas é visto como algo masculinizado.

Uma vez que, “o marketing da indústria do tabaco sempre fez questão de vincular a figura do cigarro a imagens de força, realização e poder de quem o consoma”, interroga-se: “estariam as mulheres em seus movimentos emancipatórios buscando os elementos de ‘força’ dos homens?” (HORTA *et al*, 2007, p. 184).

Desse modo, ao se reportar para uma perspectiva histórica, se observa que “o tabaco foi incorporado a vida cotidiana como droga de sociabilidade essencialmente masculina até o Século XX, quando as mulheres também passaram a fumar” (CARNEIRO, 2014, p. 19). O ato de fumar também era vinculado à liberdade, algo bastante desejado pelas feministas e que contribuiu para disseminar o consumo feminino dessa substância.

Pois se de um lado há uma onda condenatória, baseada nos indicadores de saúde a preconizar a necessidade das mulheres pararem de fumar, de outro há uma nova mensagem, baseada na história recente, construída pelas

próprias mulheres, que diz: fumar me dá liberdade, autonomia, rebeldia (NEGRÃO; OLIVEIRA, s/d, p. 6).

Em nome dessa rebeldia, impulsionadas pelo desejo de transgredir regras e com o intuito de se igualar aos homens, e assim conquistar a liberdade, o consumo do cigarro foi sendo disseminado entre as mulheres. Isso ao mesmo tempo em que o marketing das indústrias de tabaco se apropria desse discurso feminista e vincula o consumo dessa substância a um símbolo da emancipação da mulher.

Bacante reitera estereótipos que vão construindo socialmente e definem comportamentos ora esperados, ora indesejados, pois se por um lado fumar cigarros aproxima a mulher de um papel de poder como o poder masculino, por outro lado há a expectativa de uma mulher cheirosa, limpa e bonita.

“O que tu está fazendo com a tua saúde? O que está fazendo com a tua boca?”. A sociedade acha que a mulher tem que ser aquela bonequinha, cheirosa, perfumada, limpinha que não pode nada. Eu acho que o sofrimento maior é da mulher quando ela se torna dependente de alguma coisa. O sofrimento é maior porque a cobrança é maior (BACANTE).

Bacante refere um padrão feminino construído em que a mulher deve ter a “cara limpa”, diferente do “cara limpa” no sentido de estar sem drogas, mas sim cara limpa com maquiagem, cheirosa e perfumada, quase uma esterilização e assepsia da mulher como já citado anteriormente: “[...] *uma mulher era para ser cheirosinha, vai ficar com a boca com cheiro de lixeira*”. O ato de fumar não corresponde ao estereótipo da mulher cheirosa, e a “cara limpa” para as mulheres não significa apenas aspectos de higiene, mas também ao seu afastamento do consumo de drogas. Dessa forma as mulheres que fazem uso de drogas estão duplamente contrariando as normas sociais. Essas concepções contribuem para o ocultamento do consumo de drogas por mulheres e, conseqüentemente, para vulnerabilidade dessas aos vários agravos sociais e de saúde (PAIVA, *et al*, 2007).

Apesar das mudanças com relação ao marketing das indústrias tabagistas através de medidas legais que restringem a publicidade do cigarro e a divulgação dos malefícios do seu consumo, o tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Essa organização estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina. Porém, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica:

42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar (INCA, [ca. 2005]).

Esses dados em nível mundial demonstram o alto índice do tabagismo feminino. Porém, seu consumo ainda é menor do que nos homens, pois iniciariam o uso do tabaco mais tardiamente. O tabagismo é reconhecido como um grave problema de saúde pública, com diversos danos para a saúde dos indivíduos e, em especial, para a saúde das mulheres, já que, “as tensões, conflitos e sobrecargas que as mulheres estão vivenciando estão intimamente imbricados no ‘fumar feminino’” (BORGES; BARBOSA, 2009, p. 1137).

Nessa perspectiva, o tabagismo feminino está diretamente relacionado com as questões de gênero, pois “o significado construído pelas mulheres sobre o cigarro tem forte conexão com as formas com que as relações de gênero estão organizadas na sociedade atual” (BORGES; BARBOSA, 2009, p. 1137). Ainda, algumas das razões para o consumo do cigarro estão ligadas a fatores como estresse pela sobrecarga de atividades, violência, desigualdades, dentre outras motivações.

Bacante ainda aponta fatores sobre a concepção social do uso de drogas realizado por mulheres e a naturalização masculina frente a esse consumo, destacando que

Comentários, mesmo sobre efeito a gente escuta... “olha a mulher, o estado daquela mulher”. Isso a gente escuta de locais públicos [...] Uma vez caí dançando no meio do baile e é lógico que isso traz comentários. “Olha lá ela se passou, olha lá caiu”. É difícil da mulher aceitar porque para o homem é normal, a sociedade aceita com mais naturalidade um homem alcoolista do que uma mulher. Mulheres os comentários vem, e são bem mais picantes, bem mais frequentes, são bem mais maldosos (BACANTE).

Essa narrativa expressa o estigma social ao qual as mulheres que fazem uso de drogas estão impostas, principalmente quando esse consumo ocorre em locais públicos, pois há uma crença social de que o uso de drogas é uma prática masculina, invisibilizando o uso feminino. No entanto, historicamente as mulheres sempre foram mais criticadas do que os homens por usarem álcool e outras drogas, acusadas de se tornarem agressivas e sexualmente promíscuas sob o efeito de substâncias (BRASILIANO, 2003).

Contudo, “até recentemente, as mulheres eram expostas como símbolos de pureza e ingenuidade, incompatíveis com o uso de bebida alcoólica e de cigarro, sendo estes hábitos restritos aos homens” (BORGES; BARBOSA, 2008, p. 2838). Mas com a aproximação dos papéis sociais de homens e mulheres, o consumo de

drogas passa a incorporar-se cada vez mais ao universo feminino. Porém, o mesmo não ocorre com relação ao acesso aos serviços de saúde especializados para o tratamento do uso de álcool e outras drogas, o que se evidencia no discurso de Bacante.

A gente percebe aqui no CAPS que o número de mulheres é bem menos do que de homens. Não que existam menos mulheres com problemas, é que justamente por elas serem discriminadas é que não procuram ajuda. Ficam dentro de casa, quietas, se escondem, fazem tudo escondido para não se expor. Acredito que o número de dependentes deva ser quase a mesma, deve ter pesquisas para dizer isso. Apesar de que nas próprias pesquisas as mulheres mentem, se alguém me perguntar se eu sou viciada na rua, se eu sou alcoólatra ou uso drogas, eu passo simplesmente a dizer que não. Então não dá para acreditar muito nas pesquisas (BACANTE).

A fala de Bacante chama a atenção para a constatação de que o número de mulheres em atendimento nesse serviço especializado é inferior aos homens. O que ela justifica como determinante dessa motivação é a discriminação que as mulheres são expostas e, como consequência disso, passam a se esconder, o que as torna invisibilizadas, tanto nos serviços como em pesquisas.

A partir do exposto, é possível refletir que a explanação de Bacante aponta para as possíveis causas do baixo índice de mulheres que buscam atendimento nos serviços especializados para o uso de drogas. Demonstrando que “a chegada ao tratamento é assim um momento marcado por profundos sentimentos de desespero e dor. Envergonhadas, culpadas e solitárias, elas buscam ajuda como se não tivessem o direito a fazê-lo” (BRASILIANO, 2003, p. 202).

Desse modo, há barreiras sociais e emocionais que dificultam a busca das mulheres para o atendimento das demandas específicas ao uso de drogas, gerando o ocultamento dessa problemática e o aumento da vulnerabilidade social e aos agravos de sua situação de saúde. Da mesma maneira, as políticas públicas, ao não preverem em suas ações intervenções para as especificidades das mulheres que usam drogas, corroboram para a invisibilidade e homogeneização da atenção à saúde dessas, o que consequentemente repercute tanto nas intervenções profissionais, quanto nas próprias mulheres que internalizam a concepção homogeneizada e as reproduzem em seus discursos ao referirem que há uma simetria no consumo de drogas entre ambos os sexos.

Essas mulheres sofrem de um duplo estigma, o de gênero e o uso de drogas. O primeiro se expressa através dos papéis sociais atribuídos às mulheres, como o “bom desempenho” em sua função materna e conjugal; o segundo se refere

aos estereótipos e julgamentos morais aos quais são impostas por consumirem drogas. Portanto, o uso de drogas realizado por mulheres se torna incompatível com desempenho dos seus papéis sociais e historicamente construídos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Corpo, a culpa, o espaço

Que corpo é esse que já não se aguenta?
 Que resiste ao limiar
 Que desaba sobre si
 Músculos e ossos
 Poros e narinas
 Olhos e joelhos
 Seios, costas, cataratas
 Suas torres de vigia
 Que corpo é esse?
 Que pulsa, escuta,
 Expulsa, abraça
 Comporta, contém
 O corpo ocupa!
 O corpo não é culpa
 O corpo, a culpa, o espaço
 Que corpo é esse?
 Que corpo é esse?
 Que protege, reage
 Que é origem e passagem
 Que corpo é esse que já não se aguenta?
 Que se esgota
 E não se resgata
 Aqui
 Por enquanto
 É tudo ainda!
O Teatro Mágico

Início essas considerações com a letra da música “O corpo, a culpa e o espaço” que remete aos dados encontrados na pesquisa, tanto ao que foi expresso no discurso dos trabalhadores, como na fala das mulheres. A culpa é um sentimento que perpassa a vivência de todas as mulheres entrevistadas, pois seus corpos estão carregados de culpa pelos seus atos, pelo consumo de substâncias, por ser mulher, por ser mãe e pelo fato de não se encaixar dentro dos padrões social e historicamente concebidos como papel feminino. A culpa também é acompanhada da vergonha e da negligência mencionadas por Bacante, Ceres e Deméter.

Desse modo, a presente dissertação se delineou pela busca das transversalidades de gênero nas políticas públicas, nos discursos dos trabalhadores e das usuárias dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida a análise da categoria gênero nas políticas de saúde da mulher e o uso de álcool e outras drogas.

Ao analisar os documentos nos três níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal – se percebe que a maioria aborda a perspectiva de gênero, mas a

utilização do termo não garante que esse esteja presente no planejamento de suas ações, como ocorreu na maioria das políticas, nas quais a categoria gênero aparece de forma incipiente, vaga e sem horizonte de intervenção.

O mesmo ocorre com relação ao uso de drogas por mulheres, na medida em que há pouca abordagem do tema nessas políticas, algumas apenas referem como um fator de vulnerabilidade, porém não consta uma análise sobre os determinantes de gênero e o uso de drogas realizado por mulheres. Se percebeu também a falta de planejamento de ações que viabilizem um suporte para os profissionais no cotidiano de trabalho, demonstrando uma invisibilidade e homogeneização dessas políticas, “como se todos pertencessem a uma mesma categoria social e devessem ser vistos a partir de um mesmo enfoque” (OLIVEIRA *et al*, 2007, p. 695).

Assim, a abordagem das políticas públicas se torna ampla e generalista, na qual a questão central é o uso de drogas e o planejamento das intervenções são balizadas por essa compreensão. Com isso, se reduz as possibilidades de abrangências das especificidades femininas e de intervenções para esse segmento populacional.

Portanto, é de suma importância que essas políticas públicas possam contemplar em suas ações o recorte de gênero, raça, etnia e classe social para ampliar o seu leque de atuação e contemplar grupos específicos que se encontram invisibilizados do seu *locus* de atuação, para assim propiciar o desenvolvimento de princípios fundamentais do SUS como a equidade e a integralidade, com vistas à inserção e garantia de direitos das mulheres que se encontram aquém dessas políticas públicas. Isso pois apenas mencionar nos textos das políticas a categoria gênero não é suficiente para garantir a sua incorporação nos processos de trabalho em âmbito assistencial.

Dessa forma, o Município de Porto Alegre estrutura sua rede de atenção para as pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas a partir das diretrizes estabelecidas nas políticas públicas, nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Assim, dispõe de uma rede de serviços assistenciais por nível de atenção, constituindo-se como atenção básica através dos Consultórios na Rua, a atenção especializada com os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPSAD) e a alta complexidade composta por leitos em Hospitais Gerais. Para o atendimento específico das mulheres que fazem uso de drogas e estão em

período de gestação, o município possui o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV.

Diante disso, se procurou identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero. Verificou-se que o modo pelo qual as políticas públicas abordam a especificidade feminina, com base na homogeneização, se reflete nos serviços de saúde de atenção para o atendimento do uso de álcool e outras drogas. Isso pois os trabalhadores desenvolvem suas intervenções nos processos de cuidados a partir do que são preconizados nas políticas públicas. Essas questões se refletiram na fala dos trabalhadores ao explicitarem que o atendimento para homens e mulheres ocorre do mesmo modo, sem que se haja um acolhimento para suas particularidades de gênero.

Da mesma maneira o questionamento “onde estão as mulheres?”, interrogativa tão evidenciada na fala dos diversos trabalhadores e que representa o pouco acesso das mulheres aos serviços de saúde especializados para o tratamento para o uso de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores se questionam onde estariam essas mulheres, eles também indicam caminhos de respostas para essa pergunta.

Ao explicitarem que as mulheres acessam esses serviços especializados através da rede que consiste nos demais serviços de saúde da atenção básica, ou de outras políticas públicas que não abordam questões específicas ao uso de drogas, apontam também para as motivações que levam as mulheres a não buscarem os serviços, como a vergonha pelo estigma e preconceito com relação ao uso de drogas realizado por mulheres, assim como a naturalização desse uso como uma questão masculina e os atravessamentos dos papéis de gênero estipulados para as mulheres.

Apesar do serviço não conseguir realizar a busca das mulheres que não estão em atendimento, há uma preocupação com as que já estão vinculadas nesses serviços. Contudo, os profissionais demonstram importantes contribuições no processo de cuidado dessas mulheres a partir de intervenções pautadas na ética profissional, através do respeito às decisões das mulheres atendidas e o não julgamento de suas atitudes e diferentes escolhas. Assim se verificou que nas intervenções profissionais havia a utilização de instrumentos primordiais para o cuidado em saúde, como a humanização, o acolhimento, o vínculo e a escuta.

A partir da análise das falas das mulheres entrevistadas, se verificou que as questões de gênero transversalizam a vida dessas usuárias e interferem no seu acesso ao serviço de saúde para lidar com essa problemática. Assim, se percebeu que há barreiras sociais, estruturais e emocionais que se constituem como obstáculo para que essas mulheres realizem o tratamento na rede de saúde especializada.

Esses entraves para o processo de cuidado em saúde das mulheres são atravessados por estigmas sociais com relação ao uso de drogas realizados por elas, através da concepção social de que o uso de drogas é um ato que condiz ao universo masculino, o que coloca essas mulheres num lugar de descumprimento das normas sociais que secularmente lhes são atribuídas, como o cuidado com os filhos e a família. Como consequência disso, elas são taxadas de incapazes de cumprir com esses papéis, se constituindo um duplo estigma, vinculado ao enfoque de gênero e ao uso de drogas.

Esses estigmas sociais que são impostos a essas mulheres e que repercutem no não acesso aos serviços de saúde geram o ocultamento das necessidades e demandas femininas, pois o consumo de drogas feito por elas muitas vezes ocorre de maneira velada, para evitar que sejam julgadas e discriminadas por tal ato, o que provoca a sua invisibilidade frente aos serviços de saúde e às políticas públicas, provocando, assim, o aumento da vulnerabilidade social e dos agravos de sua situação de saúde.

A falta de identificação das particularidades de gênero, tanto nas políticas públicas, como nas equipes de saúde, corrobora como empecilho para processos de inclusão/exclusão do tratamento dessas mulheres. A homogeneização da atenção transpõe as políticas e as intervenções profissionais e passam a constituir as próprias mulheres que internalizam a concepção homogeneizada e as reproduzem em seus discursos ao referirem que há uma simetria no consumo de drogas entre ambos os sexos.

Portanto, é preciso que as políticas públicas, e conseqüentemente as intervenções profissionais, superem a homogeneização em suas abordagens e passem a se pautar na heterogeneidade com relação ao uso de drogas, considerando as diferentes especificidades para assim propiciar rupturas com o ocultamento e a secundarização do universo feminino. Para tanto, é necessário dar voz a essas mulheres, fomentando a sua participação nas discussões e construção de alternativas para responder as suas necessidades, agregando uma nova

perspectiva de cuidado e atenção para elas, fundamentada na garantia de direitos, na perspectiva de gênero e superação das desigualdades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Filipe Jorge Ribeiro de. Ética e desempenho social das organizações: um modelo teórico de análise dos fatores culturais e contextuais. **RAC, Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, vol.11, n. 3, 2007.
- ALMEIDA, Rosemary de Oliveira. **Mulheres que matam**: universo imaginário do crime no feminino. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004.
- AMARANTE. Paulo. Crack, comunicação e saúde. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 130, jul. 2013.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Filosofando**: introdução à filosofia. São Paulo: Ed. Moderna LTDA, 2003.
- ACSELRAD. Gilberta. **Drogas e política**: uma revisão histórica. Disponível em: <http://www.flacso.org.br/portal/pdf/area_saude_publica_direitos_humanos/Drogas_e_imagens_Gilberta_Acselrad.pdf .> Acesso em: 20 jun. 2014.
- AZERÊDO, Sandra. **Preconceito contra a “mulher”**: diferenças, poemas e corpos. São Paulo: Cortez, 2007.
- BADINTER. Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.
- BANDEIRA. Lourdes. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília: CEPAL/SPM, 2005.
- BARDIN. Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro, 1977.
- BARCINSKI, Mariana. Mulheres no tráfico de drogas: a criminalidade como estratégia de saída da invisibilidade social feminina. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 1, p. 52-61, jan./jun. 2012.
- BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Em busca do tempo perdido: mulheres e políticas públicas no Brasil, 1983 – 1993. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v. 2. n. especial, 1994.
- BORGES, Maria Terezinha Trotta; BARBOSA, Regina Helena Simões. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2009.

_____. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2834-2842, dez, 2008.

BRASIL. **Lei nº 7.353 de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010.

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

_____. **Lei n. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

_____. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 6 nov. 2013.

_____. **Lei n. 11.754, de 23 de julho de 2008**. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.htm>. Acesso em: 6 nov. 2013.

_____. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 7 nov. de 2013.

_____. **Decreto n. 7.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>
Acesso em: 7 nov. 2013.

_____. **Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>.
Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. **Portaria n. 3.088, de 23 de setembro 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 (SUS). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. **Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>.
Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde da mulher.** Brasília, 1998.

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004.

_____. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2007.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Texto **Contribuição para as Conferências Estaduais - Documento Base.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
Acesso em: 12 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**: Informações e orientações para agentes comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Política Nacional de Atenção as Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional**. Brasília, 2014.

BRASILIANO, Sílvia. Psicoterapia psicanalítica de grupos para mulheres drogaditas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, M; CRUZ, M. S; MATIAS, R, (Orgs.) **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2003.

BOSI, Alfredo. **Céu, inferno**: ensaios de crítica literária e ideologia. São Paulo: Duas Cidades, 2003.

BRITES, Cristina Maria. **Ética e uso de drogas**: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARDOSO, Ruth. *et al.* **Perspectivas antropológicas da mulher: sobre mulher e violência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CARLINI, E. A. *et al.*, **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 - São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v. 6, 2002.

_____. A fabricação do vício. In: Conferência: "A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina", **XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG)**, Belo Horizonte: 2002.

_____. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

_____. Portais de todo prazer. **Revista História da Biblioteca Nacional**. Rio de Janeiro. n. 110. Ano 10. p. 16-20, nov.2014.

CARVALHO, Salo de. Política de Drogas: mudanças e paradigmas. **Revista EMERJ**. Rio de Janeiro. v.16. n 63. p. 46-69, out-dez. 2013.

CASTELLS, Manuel. **O Poder da identidade**. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. vol.2. Tradução Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999.

_____. **Fim de milênio**. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. vol.3. Tradução Klauss Brandini Gerhardt e Roneide Venancio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTILHO, Ela Wieveke V. de. A Eficácia Invertida da Internação Voluntária. In: **Drogas e cidadania em debate**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

CAVALCANTE, Márcia Valéria da Silva; LIMA, Telma Cristiane Sasso. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Rev. Argumentum**: Vitória, v.5, n.1, p.235-256, jan. jun. 2013.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

COSTA, Ana Maria; Silvestre, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, Gustavo; OLIVEIRA, Suely de. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, Alexandra Lopes da Costa. Paradisíacos e venenos: o uso de drogas e o controle do corpo. In: anais do III Simpósio Internacional: Religiosidades, Diálogos Culturais e Híbridagens. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em parceria com a Associação Nacional de História (ANPUH), Campo Grande, 2009.

CRUZ, Maria Isabel. **A mulher na igreja e na política**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

CRUZ, Vania Dias. **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas/RS**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Pelotas: UFPEL, 2012.

DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em foco**: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva 1997.

DIAS, Laércio Fidelis. Usos e abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá. In: **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; DALBOSCO, Carla. A política e legislação brasileira sobre drogas. In: **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2013.

ESCOHOTADO, Antônio. **Historia elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 2009.

_____. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa, 1999.

ESPINHEIRA, Gey. Os Tempos e os Espaços das Drogas. In: **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA; 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio**: o dicionário de língua portuguesa. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. **Gestão do trabalho em saúde mental**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

GALEANO, Eduardo. **Espelhos**. Tradução de Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2008.

GROSSI, Miriam Pillar. **Identidade de gênero e sexualidade**. Antropologia em primeira mão, Florianópolis, p. 1-18, 1998. Disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/identidade_genero_revisado.pdf>. Acesso em: 20.junho.2014.

GROSSI, Patrícia Krieger; AGUINSKY, Beatriz Gershenson. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, Patrícia Krieger et al. **Violência e gênero**: coisas que a gente não gosta de saber. Porto Alegre: EDIPUC, 2012.

GUARINELLO, Norberto Luiz. O vinho: uma droga mediterrânea. In: **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

HOLLANDA, Chico Buarque de. **Geni e o Zepelim**. In: Ópera do Malandro. Rio de Janeiro: Polygram'Philips, 1978/1979.

HORTA, Rogério Lessa et al. Costurando variáveis: gênero, família e drogas na contemporaneidade. In: STREY, Marlene Neves et al. **Família e gênero**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11.^a edição. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**. Projeção da população por Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 08 jan.2015.

IBGE. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 10 jan.2015.

JALIL, Emilia et al. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (orgs). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

JESUS. Maria Gorete Marques. Remédio Amargo, Receita Errada. **Revista História da Biblioteca Nacional**. Rio de Janeiro. n. 110. Ano 10. p. 42-44, nov.2014.

JOHNSOM, Niki. **Institucionalidade e atores nas políticas públicas com perspectiva de gênero**. Montevideu, Uruguai: Editora IDEAS, 2007.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rose Marie. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo, FUNDAP (mimeo), 1997.

KOLANTAI, Alexandra. **A nova mulher e a moral sexual**. São Paulo: Editora Expressão popular, 2005.

KOSIK. Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1989.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. et.al. **Dependência de drogas**. São Paulo: editora Atheneu, 2001.

MAGALHÃES, Acelí de Assis. **História de mulheres: considerações sobre a privação e a privacidade na história das mulheres**. São Paulo: Editora Altana, 2001.

MANDU, Edir Nei Teixeira; et al. **Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações**. Rev. esc. enferm. USP, 1999, vol.33, n.1, pp. 31-38.

MARCONI, Maria de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINEZ, Sabrina. et al. **Beladona, meimendo, mandrágora: as 3 ervas das bruxas na idade média**. Disponível em: <http://www.iflora.iq.ufrj.br/hist_interessantes/ervasbruxas.pdf> Acesso em: 18 de set. 2014.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução Florestan Fernandes. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro primeiro: O processo de produção do capital. volume I, tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

MELO, Victor Hugo et al. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. **Rev Bras. Ginecol Obstet**. 2014; 36 (12):555-6.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, Eleonora. Uma década de políticas de combate às desigualdades de gênero: a trajetória da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR). In: Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Revista Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Abril, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. **Intersectorialidade na política social**: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2013.

MOKI, Michelle Peixoto. **Representações sociais do trabalho carcerário feminino**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. São Carlos: UFSCar, 2005.

MOTA, Leonardo de Araújo. Drogas e estigmas. **II Semana de Humanidades da Universidade Federal do Ceará (UFC)**, 2005. Disponível em: http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=364 >. Acesso em: 16 jan. 2015.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. **Metodologias feministas e estudos de gênero**: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006.

NEGÃO, Telia; OLIVEIRA, Maria Luisa Pereira. **Pesquisa gênero e tabaco**: projeto as mulheres e o tabagismo – uma nova questão na agenda feminista. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/generoetabaco/download/pesquisa.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2015.

NIEL, Marcelo. Aspectos históricos do uso de drogas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química**: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. Curitiba: Hemus, 2002.

OLIEVENSTEIN, Claude. Assistência a adolescentes toxicômanos e 76 adolescentes usuários de produtos tóxicos. **Boletim de Psiquiatria de São Paulo**. São Paulo, v. 19, n.1-2.1987.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Miriam Santos. **Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 625 - 31.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Glossário de álcool e drogas**. Tradução por José Manuel Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

_____. **Violencia contra la mujer**. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva no. 239. Noviembre de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **PAISM**: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22. junho. 2013.

PAIVA, Jeane Feitas *et al.* Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc. Anna Nery Rev Enfermagem** 2007 dez; 11 (4): 694.

PARDO, Lorenzo Sánchez. **Género y drogas**: Guía informativa: drogas y género: Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia. Galicia: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre, 2013.

PRATES, Jane Cruz. **O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social**. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS n. 9, ano v, jan/jun 2005 – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

_____. **Mini-curso Introdução ao método em Marx**. In: III Congresso Internacional de Direito e Marxismo. Caxias do Sul, 2013.

PISCITELLI, Adriana. **Atravessando fronteiras**: teorias pós-coloniais e leituras antropológicas sobre feminismos, gênero e mercados do sexo no Brasil. **Contemporânea**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 377-404, jul./dez. 2013.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplina: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985.

RAMOS, Paula. **Uso de drogas na adolescência**: prevenção e tratamento. Porto Alegre: Mercado aberto, 1999.

REIS, Tatiana Rangel. **Fazer em grupo o que eu não posso fazer sozinho: indivíduo, grupo e identidade em alcoólicos anônimos**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

RIBEIRO, Fernanda Bittencourt. **Maternidades à margem**: gravidez e nascimento numa instituição de proteção à infância. História: Questões & Debates, Curitiba: Editora UFPR, n. 47, p. 139-155, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Grupo de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação da gestão (org.). Porto Alegre, 2013.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico e repressão estatal no Brasil**: um panorama do tráfico de drogas brasileiro. 2003. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/artigo2.pdf>> Acesso em 18 de out. 2014.

ROMO, Nuria. **Gênero y uso de drogas**: la invisibilidad de las mujeres Humanitas, Humanidades Médicas. 2004. Disponível em: <<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/22315/1/g%C3%A9nero%20y%20uso%20de%20drogas%2c%20la%20invisibilidad.pdf>> . Acesso em: 18 jan.2015.

RONZANI, Telmo Mota et al. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas** : guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora : Editora UFJF, 2014.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão**: veredas. São Paulo: Ed. Nova Aguilar, 1994.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução arcos Fernando da Silva Moreira e José Ruben de Alcantara Bonfim. São Paulo: Hucitec, 1994.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. **A mulher na sociedade de classes**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth; Iara Bongiovani. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. de O., BRUSCHINI, C. (orgs.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p.183-215, 1992.

SANTOS, Joselito. **Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social**. São Luis – MA, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf>. Acesso em: 23 junho. 2013.

SANTOS, Verônica Bem. **Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Santa Maria: UFSM, 2014.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Educação e Realidade. Porto Alegre, v.20, n. 2, jul./dez,1995.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher:** uma análise de integralidade e gênero. Rev. Ser Social, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

STREY, Marlene Neves;BOTTON, Andressa; CADONÁ, Eliane; PALMA, Yáskara Arrial. **Gênero e Ciclos Vitais:** desafios, problematizações e perspectivas. Porto Alegre: Edipucrs, 2012.

STREY, Marlene Neves. Violência e Gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In:GROSSI, P.K. (org). **Violência e Gênero:** coisas que a gente não gosta de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

STREY, Marlene Neves; PULCHERIO, Gilda. As Tramas de Gênero na Saúde. In: Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.
SZTUTMAN, Renato. Cauim, substância e efeito: sobre o consumo de bebidas fermentadas entre os ameríndios. In: **Drogas e Cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

Travassos, Claudia; Martins, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS ANDE CRIME. **Drogas:** marco legal. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em 16 de nov. 2013.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B.C, *et al.* **Drogas e cultura : novas perspectivas.** Salvador : EDUFBA, 2008.

WERBA, Graziela C. Parteiras, bruxas, mulheres: articulação entre saúde, poder e o feminino na história. In: STREY, Marlene Neves *et al.* **Gênero por escrito:** saúde identidade e trabalho.Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

ZILBERMAN, Monica Levit. **Características clinicas da dependência de drogas em mulheres.** (Tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1998.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Trabalhadores dos serviços de saúde mental

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa “As transversalidades de gênero e o uso de substâncias psicoativas”. Meu nome é Liana de Menezes Bolzan, sou Pesquisadora/Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS. Estou desenvolvendo este estudo sob orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersectorialidade da Faculdade de Serviço Social. Você pode escolher se quer participar ou não. Os dados desse grupo focal serão registrados mediante a gravação em áudio e você receberá um roteiro com questões norteadoras que terão duas vias originais, onde uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por esta pesquisa. Poderá haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você tenha ficado mais interessada(o) ou preocupada(o) e queira que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que eu pare a qualquer momento e explicarei.

Justificativa e objetivos: Neste estudo pretendemos analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Procedimentos: Para realizar este estudo estamos entrevistando os trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas. A coleta de informações com você será realizada através de entrevistas em grupo focal que terá duração de aproximadamente 1 a 2 horas. As entrevistas ocorrerão em local onde seja resguardada sua privacidade. Estas entrevistas serão gravadas e o material das entrevistas será guardado com todo o sigilo pela Faculdade de Serviço Social da PUCRS na sala 325, e será destruído após 05 anos.

Riscos e desconfortos: A participação na pesquisa não oferece riscos a você. Entretanto, caso ocorra algum desconforto, você poderá a qualquer momento desistir de sua participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos.

Benefícios: A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos e para o aprimoramento e qualificação das políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao atendimento de mulheres que fazem o uso de substâncias psicoativas. Neste sentido, salienta-se que não haverá nenhum tipo de benefício financeiro, emocional ou de outra natureza para você.

Garantia de respostas a qualquer pergunta: Esta pesquisa está sob a responsabilidade da Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, Assistente Social Liana de Menezes Bolzan, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

Quaisquer esclarecimentos poderão ser oferecidos no momento da pesquisa ou posteriormente através dos seguintes contatos: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora da pesquisa) e Liana de Menezes Bolzan (Mestranda pesquisadora), através do telefone: (51) 3320-3546. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 8h30min às 12h e no turno da tarde das 13h30min às 17h (Expediente Interno) e através do telefone (51) 3320-3345. Este TCLE passará por avaliação dos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes que são **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV)** com contato através do e-mail hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br; **Hospital Mãe de Deus** E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br e telefone: 32306087; **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**, no endereço: Capitão Montanha, nº 27, 7º andar, bairro Centro, através do email cepsms@hotmail.com e cep-sms@sms.prefpoa.com.br e telefone: 32895517; e o **Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Voluntariedade da participação e Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si: A sua participação é voluntária, não precisa participar desta pesquisa se não quiser. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Até mesmo se disser “sim” agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Garantia de privacidade: Não será mencionada, em hipótese alguma, a identidade das(os) participantes, seja em apresentações orais ou escritas que

venham a ser divulgadas, bem como a assinatura deste termo será mantida sob sigilo.

Consentimento: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu,

_____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro que fui informada(o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante na pesquisa

Liana de Menezes Bolzan
Mestranda Pesquisadora

Maria Isabel Barros Bellini
Profa. Dra. Assistente Social – Orientadora

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuárias

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Usuárias dos serviços de saúde mental

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa “As transversalidades de gênero e o uso de substâncias psicoativas”. Meu nome é Liana de Menezes Bolzan, sou Pesquisadora/Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS. Estou desenvolvendo este estudo sob orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade da Faculdade de Serviço Social. Você pode escolher se quer participar ou não. Os dados dessa entrevista serão registrados mediante a gravação em áudio e você receberá um roteiro com as questões que terão duas vias originais, onde uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por esta pesquisa. Poderá haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você tenha ficado mais interessada(o) ou preocupada(o) e queira que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que eu pare a qualquer momento e explicarei.

Justificativa e objetivos: Neste estudo pretendemos analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Procedimentos: Para realizar este estudo estamos entrevistando os trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas. A coleta de informações com você será realizada através de entrevista individual, que terá duração de aproximadamente de 30 minutos a 1 hora. As entrevistas ocorrerão no seu próprio serviço, em local onde seja resguardada sua privacidade. Estas entrevistas serão gravadas e o material das entrevistas será guardado com todo o sigilo pela Faculdade de Serviço Social da PUCRS na sala 325, e será destruído após 05 anos.

Riscos e desconfortos: A participação na pesquisa não oferece riscos a você. Entretanto, caso ocorra algum desconforto, você poderá a qualquer momento desistir de sua participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos.

Benefícios: A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos e para o aprimoramento e qualificação das políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao atendimento de mulheres que fazem o uso de substâncias psicoativas. Neste sentido, salienta-se que não haverá nenhum tipo de benefício financeiro, emocional ou de outra natureza para você.

Garantia de respostas a qualquer pergunta: Esta pesquisa está sob a responsabilidade da Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, Assistente Social Liana de Menezes Bolzan, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

Quaisquer esclarecimentos poderão ser oferecidos no momento da pesquisa ou posteriormente através dos seguintes contatos: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora da pesquisa) e Liana de Menezes Bolzan (Mestranda pesquisadora), através do telefone: (51) 3320-3546. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 8h30min às 12h e no turno da tarde das 13h30min às 17h (Expediente Interno) e através do telefone (51) 3320-3345. Este TCLE passará por avaliação dos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes Coparticipantes que são **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV)** com contato através do e-mail hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br; **Hospital Mãe de Deus** E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br e telefone: 32306087; **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**, no endereço: Capitão Montanha, nº 27, 7º andar, bairro Centro, através do email cepsms@hotmail.com e cep-sms@sms.prefpoa.com.br e telefone: 32895517; e o **Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Voluntariedade da participação e Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si: A sua participação é voluntária, não precisa participar desta pesquisa se não quiser. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu atendimento institucional. Até mesmo se disser “sim” agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Garantia de privacidade: Não será mencionada, em hipótese alguma, a identidade das(os) participantes, seja em apresentações orais ou escritas que venham a ser divulgadas, bem como a assinatura deste termo será mantida sob sigilo.

Consentimento: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro que fui informada(o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante na pesquisa

Liana de Menezes Bolzan
Mestranda Pesquisadora

Maria Isabel Barros Bellini
Profa. Dra. Assistente Social – Orientadora

APÊNDICE C: Roteiro de análise documental

ROTEIRO DE FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Liana de Menezes Bolzan

Data:

Local da coleta de dados:

Documentos:

Serão pesquisadas nas legislações as seguintes informações:

- a) Data de publicação;
- b) Instância do documento;
- c) Identificar o enfoque de gênero.

APÊNDICE D: Roteiro de tópicos guia para grupo focal com os trabalhadores dos serviços de saúde mental

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de tópicos guia para grupo focal com os trabalhadores dos serviços de saúde mental.

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Liana de Menezes Bolzan

Data:

Local da coleta de dados:

IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Espaço sócio-ocupacional:

Tempo de trabalho no serviço:

Área de Formação:

Codinomes:

Nº de participantes:

Questões norteadoras:

- 1- Como vocês percebem o atendimento realizado para mulheres neste serviço?
- 2- Qual a percepção de vocês com relação ao uso de drogas realizado por mulheres?

APÊNDICE E: Roteiro de tópicos guia para as entrevistas com as usuárias dos serviços de saúde mental

Formulário para entrevista semi-estruturada com usuárias dos serviços de saúde
mental

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Liana de Menezes Bolzan

Data:

Local da coleta de dados:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

Idade:

Escolaridade:

Estado Civil:

Possui filhos/com quem vivem:

Trabalha ou exerce alguma função atualmente:

Recebe algum benefício:

BLOCO B – TRATAMENTO

1 – Tempo de tratamento no serviço

2 – Você realizou algum tratamento anterior a este?

3 – Quais atividades que você participa neste serviço?

4 – Quais serviços de saúde tu costuma acessar?

5 – Tu tens alguma dificuldade em realizar o tratamento ofertado neste serviço? Se sim, quais são os impedimentos?

BLOCO C – USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

7 – Quando você iniciou o uso de drogas?

8 – Que substâncias costumam utilizar?

9 – Que motivos você identifica para ter começado a utilizar drogas?

BLOCO D – PARTICULARIDADES DA MULHER

10 – Como tu enxergas o teu papel como mulher no contexto familiar e na sociedade?

11 – Tu já sofreu algum tipo de preconceito por ser mulher e fazer uso de drogas? Quais?

12 – Tu acha que a experiência com relação as drogas são iguais para mulheres e homens? Porque?

ANEXO A: Parecer da Comissão Científica da PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 06 de novembro de 2013

Encaminho o projeto de pesquisa sob o nº 28/2013: **"AS TRANSVERSALIDADES DE GÊNERO E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS"** da mestranda **Liana de Menezes Bolzan** que foi revisado quanto ao cumprimento das solicitações realizadas em parecer anterior.

As solicitações foram atendidas:

- Sim
 Não

Com base nas alterações executadas e de acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

- Aprovado
 Com pendências – anexar parecer
 Não aprovado – anexar parecer


Prof^a. Dr^a. Patrícia Krieger Grossi
Coordenadora adjunta da Comissão Científica
da Faculdade de Serviço Social - FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681–P. 15–sala 330–CEP90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3539 – Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos

ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Transversalidades de Gênero e o Uso de Substâncias Psicoativas

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30786414.2.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 760.466

Data da Relatoria: 11/09/2014

Apresentação do Projeto:

Emenda referente ao projeto - As transversalidades de gênero e o uso de substâncias psicoativas - onde estão sendo anexadas as Instituições co participantes do referido projeto. Trata-se de projeto de mestrado do PPG do SERVIÇO SOCIAL. Caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado no método dialético crítico que possui como categorias centrais a totalidade, historicidade e a contradição. Propõe-se a estudar sobre a dimensão de gênero nos textos das Políticas de Saúde e nos depoimentos dos trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas pelas mulheres, no município de Porto Alegre.

N= 16

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Objetivo Secundário:

a) Conhecer como as políticas de saúde da mulher e saúde mental enfocam ações sobre as

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 760.466

- questões pertinentes a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas;
- b) Identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero;
- c) Conhecer/identificar nas trajetórias de vida das mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, as expressões da questão social;
- d) Mapear as redes formais e/ou informais de apoio utilizadas pelas mulheres usuárias de substâncias psicoativas participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes.

Benefícios:

A pesquisadora alega que a participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos, reflexão, aprimoramento e qualificação das políticas públicas referente a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas, no intuito de propiciar uma postura transformadora no tratamento que é oferecido, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento. Porém a pesquisadora não propõe a entrada dos usuários nos meios de recuperação que a própria pretende alterar, propõe posturas transformadoras, porém a pesquisadora irá mapear e lançar hipóteses que não serão testadas, logo caracteriza-se por uma postura crítica e não transformadora.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa terá como universo as mulheres usuárias dos serviços de saúde mental do Município de Porto Alegre, que constituem a rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas. Como: CAPSad, Consultórios na Rua e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Nesses serviços, será realizada a técnica da entrevista do tipo semi-estruturada com as usuárias destes serviços e a técnica de grupo focal com os trabalhadores. Também será realizada a pesquisa documental através da análise da categoria gênero nos textos das Políticas Públicas de Saúde Mental a partir dos documentos publicados em âmbito nacional, estadual (Rio Grande do Sul) e municipal (Porto Alegre).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão anexados a plataforma.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 760.466

Recomendações:

Não há recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 21 de Agosto de 2014

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tinoco, 595
CEP 91360-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-2000
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Clínica de Pediatria do Hospital Nossa
Senhore da Conceição S.A.I.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Prátor, 20
CEP 91640-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-4100
CNPJ: 02.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314-5200
CNPJ: 02.493.134/001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto n° 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 22 de outubro de 2014, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 14173

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

LIANA MENEZES BOLZAN

MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Título: As transversalidades de gênero e o uso de substâncias psicoativas.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

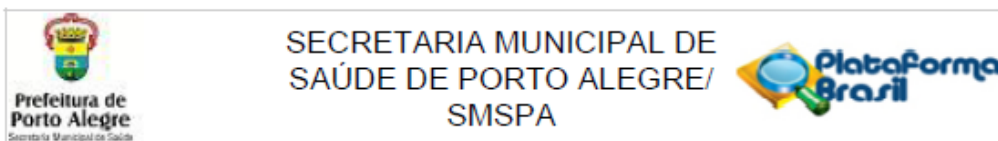
Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 23 de outubro de 2014.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO D: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Transversalidades de Gênero e o Uso de Substâncias Psicoativas

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30786414.2.3003.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 842.486

Data da Relatoria: 26/08/2014

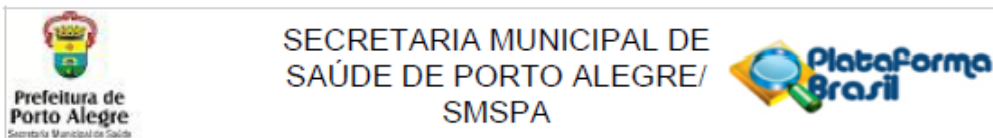
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde os participantes serão as mulheres usuárias dos serviços de saúde mental do Município de Porto Alegre para usuários de álcool e outras drogas e também os profissionais de saúde dessas unidades. Também será realizada a pesquisa documental através da análise da categoria gênero nos textos das Políticas Públicas de Saúde Mental a partir dos documentos publicados em âmbito nacional, estadual (Rio Grande do Sul) e municipal (Porto Alegre). Serão estudados os locais: CAPSAD, Consultórios na Rua, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e outras instituições com leitos femininos para pessoas que fazem o uso de drogas.

Para possibilitar a aproximação com os sujeitos envolvidos na pesquisa, será utilizada a técnica da entrevista, que será do tipo semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas, utilizando um roteiro pré-estabelecido. Também será utilizada a técnica de grupo focal, com as equipes dos serviços de saúde mental, onde haverá agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade e consentimento desta equipe. Também será utilizado um roteiro pré-estabelecido para contribuir no planejamento e coleta de informações. A análise dos dados será realizada a partir da análise de conteúdo composta por três fases. Inicia-se com a pré-análise, que corresponde à fase da organização dos materiais;

posteriormente, inicia-se a exploração dos materiais, realizando o estudo aprofundado a partir do

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 842.486

referencial teórico e, por último, o tratamento dos resultados, através de sua análise. A análise de conteúdo nesse projeto de pesquisa será realizada através de uma leitura flutuante nos matérias coletados ao longo da pesquisa e da construção quadro de operacionalização das categorias de análise.(BARDIN 1977).

Esta pesquisa poderá servir de base para adequação de serviços de saúde mental, voltados ao atendimento de usuárias de drogas psicoativas. O viés do gênero se justifica a medida em que as mulheres são minoria nestes serviços, sendo necessária a revisão das estratégias de atendimento a esta parcelada população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substancias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Objetivos Secundários:

- Conhecer como as políticas de saúde da mulher e saúde mental enfocam ações sobre as questões pertinentes a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas.
- Identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero;
- Conhecer/identificar nas trajetórias de vida das mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, as expressões da questão social;
- Mapear as redes formais e/ou informais de apoio utilizadas pelas mulheres usuárias de substancias psicoativas participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com a pesquisadora, a pesquisa não oferece riscos aos sujeitos participantes.

Benefícios:

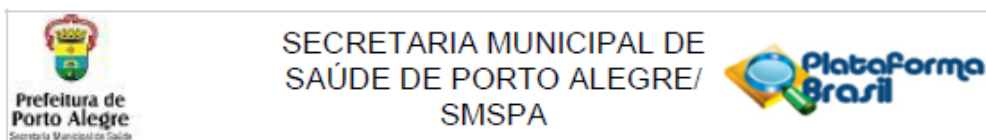
A pesquisadora coloca que o trabalho será útil na produção de conhecimentos, reflexão, aprimoramento e qualificação das políticas públicas referente a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas com o intuito de alavancar a criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: PUCRS

Área: Serviço Social

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 842.486

Nível: Mestrado

Aluna: Liana de Menezes Bolzan

Número de participantes: 8 usuárias e 8 profissionais de saúde

Locais de realização do estudo: serviços de saúde mental (Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Mãe de Deus, Hospital Municipal Materno Infantil Presidente Vargas, Grupo Hospitalar Conceição)

Registro CEP SMSPA: 1019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Incluir no TCLE a apreciação ética do CEP SMSPA, indicando endereço e telefone de contato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

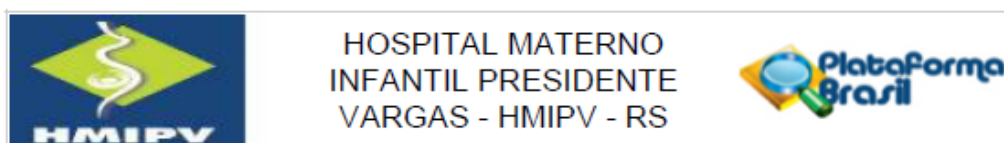
Ao término do projeto entregar o trabalho final para o CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 22 de Outubro de 2014

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO E: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Transversalidades de Gênero e o Uso de Substâncias Psicoativas

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30786414.2.3004.5329

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 810.502

Data da Relatoria: 10/09/2014

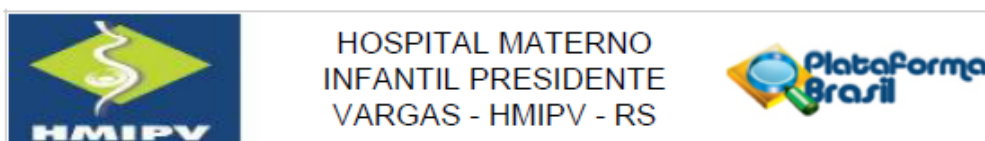
Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado do PPG do SERVIÇO SOCIAL que se propõe a estudar as transversalidades de gênero nos textos das Políticas de Saúde e nos depoimentos dos trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas, no município de Porto Alegre. Caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado no método dialético crítico que possui como categorias centrais a totalidade, historicidade e a contradição.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento. E como objetivos Específicos: a) Conhecer como as políticas de saúde da mulher e saúde mental enfocam ações sobre as questões pertinentes a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas. b) Identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero; c) Conhecer/identificar nas trajetórias de vida das mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, as expressões da questão social; d) Mapear as redes formais e/ou informais de apoio utilizadas pelas mulheres usuárias de substâncias psicoativas participantes da pesquisa.

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar
Bairro: Independência **CEP:** 90.035-076
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-3358 **Fax:** (51)3226-9075 **E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



Continuação do Parecer: 810.502

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora a pesquisa não oferece risco aos participantes. Os resultados do estudo pretendem ajudar na produção de conhecimentos, reflexão, aprimoramento e qualificação das políticas públicas referente a saúde da mulher, e das políticas de saúde para usuárias de substâncias psicoativas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a análise e proposição de políticas públicas voltadas para as questões de gênero.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos exigidos foram adequadamente inseridos no projeto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado pela versão inserida na plataforma em 23 de setembro de 2014.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV.
2. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.
3. Para o ingresso nas dependências do hospital o pesquisador responsável deverá solicitar ao CEP HMIPV a confecção de crachá para toda a equipe de pesquisa.
4. Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo CEP.

Endereço: Av. Independência 861- Bl. C 7º andar
 Bairro: Independência CEP: 90.035-076
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-3358 Fax: (51)3226-9075 E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO
INFANTIL PRESIDENTE
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 810.502

PORTO ALEGRE, 29 de Setembro de 2014

Assinado por:
Maria da Graça Alexandre
(Coordenador)

Endereço: Av.Independência 661- Bl. C 7º andar
Bairro: Independência CEP: 90.035-076
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-3358 Fax: (51)3226-9075 E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

ANEXO F: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Transversalidades de Gênero e o Uso de Substâncias Psicoativas

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30786414.2.3001.5328

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 875.638

Data da Relatoria: 17/11/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa propõe-se a estudar sobre a dimensão de gênero nos textos das Políticas de Saúde e nos depoimentos dos trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde mental com ênfase no uso de substâncias psicoativas pelas mulheres, no município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como as políticas de saúde e de saúde mental incluem as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Objetivo Secundário:

a) Conhecer como as políticas de saúde da mulher e saúde mental enfocam ações sobre as questões pertinentes a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas. b) Identificar nas ações dos serviços de saúde mental os enfoques/particularidades de gênero; c) Conhecer/identificar nas trajetórias de vida das mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, as expressões da questão social; d) Mapear as redes formais e/ou informais de apoio utilizadas pelas mulheres usuárias de substâncias psicoativas participantes da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS **CEP:** 90.880-480
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-8087 **Fax:** (51)3230-2032 **E-mail:** cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 875.638

A participação na pesquisa não oferece riscos aos sujeitos participantes. Entretanto, se houver em algum momento a recusa em participar da pesquisa, o sujeito poderá desistir de sua participação sem que ocorram quaisquer prejuízos.

Benefícios:

A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos, reflexão, aprimoramento e qualificação das políticas públicas referente a saúde da mulher que faz uso de substâncias psicoativas. No intuito de propiciar uma postura transformadora no tratamento que é oferecido, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e adequada eticamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados eticamente.

Recomendações:

O CEP solicita atualizar o cronograma.

O CEP solicita atualizar a bibliografia de Bardin.

Após atualização encaminhar duas vias ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

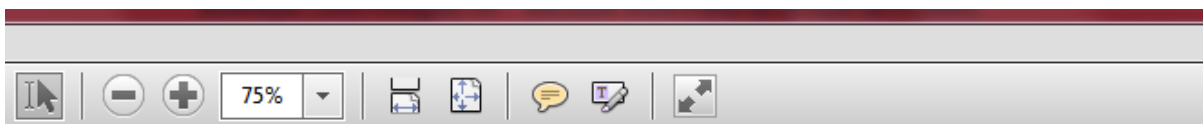
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-8087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br



HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 875.638

PORTO ALEGRE, 18 de Novembro de 2014

Assinado por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br