

# MULHERES ADICTAS: SUBJETIVIDADE E TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

## ADDICTED WOMEN: SUBJECTIVITY AND GENDER TRANSVERSALITY IN PUBLIC POLICIES

### MARIANA APARECIDA EUFLAUSINO DOS SANTOS VIEIRA

mariana.euflausino@gmail.com  
Universidade Estadual de Maringá  
<https://orcid.org/0000-0003-0224-8862>

### SARA PICHETH ROCKENBACH

sarafpicheth@gmail.com  
Instituto Federal Sul-rio-grandense  
<https://orcid.org/0000-0002-4081-731X>

#### R E S U M O

Esta pesquisa teve como objetivo (re)conhecer demandas de atenção às mulheres com transtorno por uso de substâncias (TUS) psicoativas, à luz dos aportes teóricos da subjetividade e da transversalidade de gênero nas políticas públicas de saúde (PNAD, PAIUAD e PNAISM). Como método, utilizou-se da abordagem qualitativa, com perspectiva interpretativa. O estudo foi desenvolvido nos serviços CAPS AD e em uma Comunidade Terapêutica no município de Maringá-PR. Foram realizadas entrevistas com profissionais da rede de saúde e mulheres em tratamento em uma Comunidade Terapêutica. Os dados foram analisados por meio da análise de narrativa em um processo interativo indutivo. Os resultados identificaram barreiras ao tratamento relacionadas a aspectos interpessoais — como relações sociais e familiares — e intrapessoais, como o distanciamento da relação mãe-filho nas Comunidades Terapêuticas, mesmo sendo essa relação potencializadora de ressignificação do sentido da vida. Estas barreiras dificultam a adesão ao tratamento, agravando o contexto. Tais resultados contribuem ao: a) alertar sobre fragilidades no tratamento de mulheres com TUS; b) evidenciar o silenciamento das necessidades dos corpos femininos nas políticas públicas; c) lançar olhares sobre novas possibilidades de estruturação de políticas públicas à saúde da mulher, considerando a subjetividade.

#### P A L A V R A S - C H A V E

Transversalidade de gênero; drogas; dependência química; subjetividade; comunidades terapêuticas.

## A B S T R A C T

*This research aimed to (re)cognize the care demands of women with substance use disorders (SUD), in light of the theoretical contributions of subjectivity and gender transversality in public health policies (PNAD, PAIUAD, and PNAISM). As a method, a qualitative approach with an interpretative perspective was used. The study was developed in CAPS AD services and in a Therapeutic Community in the city of Maringá – PR. Interviews were conducted with professionals from the health care network and with women undergoing treatment in a Therapeutic Community. The data were analyzed using narrative analysis in an inductive and interactive process. The results identified barriers to treatment related to interpersonal aspects—such as social and family relationships—and intrapersonal aspects, such as the distancing of the mother-child relationship in Therapeutic Communities, even though this relationship is often described as a potential source for resignifying the meaning of life. These barriers hinder women's adherence to treatment, worsening their conditions. Such results contribute to: a) highlighting weaknesses in the treatment of women with SUD; b) revealing the silencing of the needs of female bodies in public policies; and c) proposing new possibilities for structuring women's health policies by incorporating subjectivity.*

## K E Y W O R D S

*Gender transversality; drugs; chemical dependency; subjectivity; therapeutic communities*

## INTRODUÇÃO

Uma importante questão no âmbito das políticas públicas de atenção a usuários e dependentes de drogas é a invisibilidade do gênero em seu contexto. A suposta ilusão de uma feminilidade que não se droga, historicamente associada à construção social do uso de substâncias como prática masculina, dificulta o dimensionamento de demandas específicas de cuidado voltadas às mulheres que sofrem transtornos por uso de substâncias (Andersson, Wincup, Best & Irving, 2021; Jansen, Meyer & Felix, 2017; Redmond, Smith & Collins, 2020; Tuchman, 2010). Essa invisibilidade é ampliada quando considerados os percentuais menores de uso de substâncias entre mulheres em comparação aos homens (Bastos, 2017), o que contribui para a subnotificação e para a fragilidade de respostas institucionais.

No campo das políticas públicas, discute-se que essa problemática exige uma análise que vá além dos dados epidemiológicos, incorporando as dimensões da subjetividade e da transversalidade de gênero. A subjetividade refere-se aos modos pelos quais as experiências individuais são constituídas nas relações sociais, institucionais e culturais (Brown, 2019; Franco & Merhy, 2012), influenciando a forma como as mulheres vivenciam o uso de substâncias e acessam o tratamento. Já a transversalidade de gênero implica incorporar as desigualdades estruturais entre homens e mulheres no desenho, implementação e avaliação das políticas públicas, evitando respostas universalizantes que desconsiderem marcadores sociais diferenciados (Farah, 2004; Farah et al.,

2018). Tais dimensões são centrais para o campo da Administração Pública, na medida em que tensionam a organização e a oferta dos serviços estatais de cuidado.

No contexto brasileiro, embora a temática envolva múltiplos setores, este estudo delimita como foco a PNAD (Política Nacional sobre Drogas), a PAIUAD (Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas) e a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), analisando como tais políticas incorporam ou silenciam as demandas específicas de mulheres com Transtornos por uso de substâncias (TUS). Na CID-II (Classificação Internacional de Doenças), os TUS estão classificados como transtornos mentais, incluindo o Transtorno devido ao uso de substâncias ou comportamentos de dependência. Os TUS referem-se a padrões de consumo que acarretam prejuízos à saúde física, mental e social, podendo envolver dependência, intoxicação ou abstinência (WHO, 2023).

O ONUDC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes) estima que 29,5 milhões de pessoas sofrem distúrbios relacionados ao uso de drogas. No Brasil, um levantamento da Fiocruz indicou que 15,2 milhões já fizeram uso de substâncias. Estima-se que o número de homens com distúrbios seja pelo menos o dobro do de mulheres. Contudo, as mulheres apresentam uma maior taxa de aumento da carga de doenças associadas ao uso de drogas, pois tendem a iniciar o consumo de álcool, cannabis, opioides (morfina, heroína, fentanil) e cocaína e aumentar sua taxa de consumo mais rapidamente que os homens, evoluindo mais depressa para os transtornos decorrentes (ONUDC, 2017, 2022; Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore, 1995). Rodrigues *et al.* (2019) também evidenciam maior vulnerabilidade feminina, mostrando que usuárias têm maior probabilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, além de sofrerem violência física e sexual, interromperem gravidez e tentarem suicídio. Embora as causas do uso prejudicial de drogas sejam multifatoriais — envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e sociológicos —, essa complexidade dificulta o tratamento (Cruz & Ferreira, 2014; Nicholson *et al.*, 1994). Segundo a ONUDC (2022), o acesso das mulheres ao tratamento é mais limitado que o dos homens. Embora representem quase metade dos usuários de anfetaminas, constituem apenas um quinto dos atendidos em tratamento para esses transtornos (ONUDC, 2022, p. 1). Reed (1985, p. 13) observa que “as mulheres são proporcionalmente uma minoria na maioria dos programas de tratamentos de álcool e drogas”.

Estudos nacionais e internacionais indicam que pesquisas e programas de tratamento historicamente foram estruturados a partir de um padrão masculino de usuário, desconsiderando especificidades femininas (Elbreder *et al.*, 2008; Greenfield *et al.*, 2007; Tuchman, 2010). Tal lacuna revela não apenas um problema assistencial, mas também um desafio de gestão pública, relacionado à formulação e implementação de políticas sensíveis às diferenças de gênero.

Diante desse cenário e do ainda incipiente debate na literatura nacional em Administração sobre as demandas femininas no tratamento e acolhimento de mulheres com TUS, este estudo buscou (re)conhecer tais demandas a partir da análise da subjetividade e da transversalidade de gênero nas políticas públicas, tomando como locus empírico os CAPS AD e uma Comunidade Terapêutica em Maringá-PR. Ressalta-se que a perspectiva adotada concentra-se na dimensão organizacional e na oferta do serviço, conforme o referencial jurídico da Lei 11.343 (2006), não contemplando a dimensão clínica.

## SUBJETIVIDADE E TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nos últimos anos, diversas pesquisas (Farah, 2004; Silveira, 2004; Farah et al., 2018; Santos & Rezende, 2020) têm evidenciado a necessidade de desenvolver agendas de políticas públicas voltadas para as mulheres, sobretudo, quanto aos grupos de mulheres atingidas por maior grau de vulnerabilidade, como mulheres indígenas (Ferreira, 2013) e negras (Carvalho & Meirinho, 2020; Redmond, Smith & Collins, 2020). As políticas públicas com recorte de gênero estabelecem ações a partir do reconhecimento das diferenças de gênero e, assim, procuram implementar ações que sejam diferenciadas para mulheres (Farah, 2004; Farah et al., 2018).

A transversalização da perspectiva de gênero configura-se como conceito e prática, articulando simultaneamente ação política e desenvolvimento teórico (Walby, 2005). Neste estudo, o enfoque da transversalidade de gênero (*gender mainstreaming*) é implicado no contexto das políticas públicas. Assim, como argumentado por Viotti (1995, p. 149) durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Pequim, “a noção de transversalidade busca assegurar que a perspectiva de gênero passe efetivamente a integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental”, assegurando que essa dimensão não permaneça restrita a ações pontuais. Tal compreensão desloca o debate da condição feminina para o campo dos direitos, reconhecendo que a desigualdade entre homens e mulheres constitui uma questão de direitos humanos, e não apenas um problema socioeconômico.

A literatura sobre transversalidade de gênero expandiu-se consideravelmente nos últimos 25 anos, sendo a transversalização da perspectiva de gênero nos setores da saúde, do direito e das políticas públicas o eixo temático mais recorrente nas pesquisas da área (Caywood & Darmstadt, 2024). De forma pontual aos TUS, demarca-se que em março de 2016, durante reunião da Comissão de Entorpecentes, os Estados-membros das Nações Unidas adotaram a resolução “Incorporando uma perspectiva de gênero nas políticas e programas relacionados a drogas”, consolidando o reconhecimento da centralidade da abordagem de gênero na formulação e implementação de políticas sobre drogas (ONU DC, 2016).

Um marco deste processo de transversalidade de gênero, no contexto brasileiro, se deu com a primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004. A temática se potencializou neste governo, tendo como plano de fundo o fomento de uma política nacional para mulheres. Entre os pontos fundamentais, estavam a igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, entre outros (Fontes & Marcondes, 2005). Trata-se de um movimento que tenta simultaneamente reduzir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade e eficiência dos serviços públicos, embora sua implementação e resultados sejam discutíveis, conforme tratado no tópico de discussões deste trabalho.

No mesmo sentido, Azevedo (2013) esclarece que, no campo de políticas de saúde, a chamada humanização das práticas de saúde, fomentada inclusive pela Política Nacional de Humanização (PNH), constituída em 2003, vem ocupando posição cada vez mais central na agenda de discussões e na formulação de diretrizes e políticas setoriais. Um dos objetivos desta política está em promover a comunicação entres os três grupos (gestores, trabalhadores e usuários), em busca de

perspectivas que proporcionem melhorias ao cuidado e novas formas de organização do trabalho (Ministério da saúde, 2004a).

Observa-se, portanto, uma tentativa de incorporar um olhar voltado à subjetividade na análise das políticas públicas. Como destaca Goulart (2019), a subjetividade, compreendida em suas dimensões individual e social, contribui para a compreensão dos processos de articulação em rede no campo da saúde pública, especialmente quando esta é analisada sob a perspectiva das experiências, sentidos e práticas dos sujeitos envolvidos. Como defende Brown (2019), a subjetividade é onipresente, incluindo desde o intrapessoal (suas extensões individuais) até o intercultural (extensões institucionais e comunicação entre identidades). Em complemento, Franco e Merhy (2012, p. 159) defendem que a “subjetividade opera em redes, animando a micropolítica do processo de trabalho e expandindo o seu alcance. Esse movimento em redes é constitutivo do processo de trabalho em saúde”.

Essa compreensão vai ao encontro do que aponta Miranda (2013), ao indicar que o trabalho em saúde, embora sustentado por bases teóricas, técnicas e metodológicas, é profundamente atravessado pela subjetividade de profissionais e pacientes, impactando diretamente nos resultados. Apesar das diferentes concepções de subjetividade entre os estudiosos, há consenso quanto à importância dos encontros intersubjetivos no planejamento e nas práticas em saúde. Cambuí, Neme e Abrão (2016) reforçam essa ideia ao indicarem que o sofrimento emocional está relacionado ao ambiente, sendo essencial a presença de um espaço que favoreça a constituição da subjetividade.

Diante do exposto, considera-se, entre os múltiplos contextos da subjetividade e transversalidade de gênero, refletir nas políticas públicas aspectos quanto à dinâmica do sofrimento no corpo da mulher. Ainda, tal dinâmica deve ser lembrada por vertentes de usuários e, sobretudo, pela relação de percepção dos servidores/gestores quanto ao sofrimento, para si próprio, em sua relação de trabalho, e para com o outro (Sá & Azevedo, 2013).

Quanto às possibilidades de contribuição nesta intersecção de abordagens multidisciplinares, Baptista (2012) ressalta a possibilidade de que uma ótica subjetiva poderia colaborar à implementação das ações governamentais, principalmente quando a subjetividade dos atores assume um papel-chave, cooperando, assim, para reformulação de propostas quando os resultados não são alcançados, apesar de correspondidos os imperativos racionais.

Com isso, deseja-se refletir que a lente da subjetividade, ao ser utilizada por agentes responsáveis no processo de políticas públicas, contribui para a compreensão das relações de afeto para com os inúmeros sofrimentos enfrentados por mulheres que sofrem pela dependência química. Estima-se que tal prática poderia potencializar a qualidade desse trabalho ao buscar meios concomitantes para minimização e ressignificação do sofrimento diante das práticas de tratamento. Trata-se de olhar para a agenda de gênero, em seu recorte para mulheres, e aproximar a subjetividade na formulação de programas de assistência a mulheres em condições de maior vulnerabilidade.

Por fim, cabe destacar que, neste estudo, o gênero é tratado como categoria analítica que organiza expectativas, papéis e relações de poder socialmente construídas. Assim, a análise concentra-se nas mediações que configuram as experiências das mulheres na dimensão sociopolítica das políticas públicas, reconhecendo, contudo, que as discussões sobre a concepção de gênero

possuem amplitude teórica mais ampla do que a aqui abordada. A seguir são apresentadas considerações sobre o tratamento de mulheres em condição de sofrimento pelo uso abusivo de drogas.

## **TRATAMENTO E ACOLHIMENTO SENSÍVEL AO GÊNERO: VULNERABILIDADES E BARREIRAS NO ACESSO AO CUIDADO**

Apesar das diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao consumo e às consequências do uso de drogas, os estudos frequentemente negligenciam as análises por gênero. As mulheres apresentam maior dificuldade de acesso pelos pesquisadores, devido ao caráter privado de suas práticas e ao constrangimento e estigmatização enfrentados em diversos contextos (Bastos & Bertoni, 2014). Essa discriminação ocorre inclusive entre homens usuários, que muitas vezes julgam negativamente as mulheres com base na ideia de que “droga é coisa para homem”. Soma-se a isso a autoestigmatização, comum entre dependentes, que dificulta a busca por ajuda profissional e a reinserção social, ao levá-las a se perceberem como incapazes (Bastos & Bertoni, 2014).

Bastos e Bertoni (2014) indicam que, constantemente, as mulheres costumam ser vítimas de discriminação e preconceito ao buscarem acesso aos serviços de tratamento, tendo suas necessidades específicas simplesmente ignoradas. Em virtude do preconceito e da estigmatização, as mulheres que consomem substâncias psicoativas tendem a permanecer anônimas, retardando a procura por tratamento (Blume & Zilberman, 2004).

Greenfield *et al.* (2007) apontam uma baixa taxa de entrada de mulheres em tratamentos para abuso de substâncias, reflexo de barreiras específicas que enfrentam. Entre elas, destacam-se a gravidez e a escassez de serviços voltados a gestantes, o medo de perder a guarda dos filhos e a ausência de cuidados infantis nos programas. Além disso, como observam Bastos e Bertoni (2014), há diferenças na metabolização de substâncias entre homens e mulheres, influenciadas por fatores como massa corporal, hormônios e inserção familiar e profissional. Essas particularidades estão ligadas aos papéis sociais e de gênero ainda presentes, como a maternidade, as tarefas domésticas e a responsabilidade pelo cuidado dos filhos.

Adicionalmente, estudos indicam que, quando entram em tratamento, apesar de menos anos de uso e menores quantidades de substâncias utilizadas, a gravidade de seus sintomas pelo abuso de substâncias é maior do que para os homens e suscita preocupações clínicas e de saúde pública específicas (Greenfield *et al.*, 2007). Além disso, outros riscos como a prevalência da infecção pelo HIV, evidenciada entre usuários de crack e/ou similares no Brasil, se mostrou duas vezes maior para as mulheres do que aquela evidenciada entre os homens (Bastos & Bertoni, 2014).

Por fim, um outro aspecto levantado por Weisner (1993) indica que as mulheres apresentaram menos apoio da família e amigos para iniciar um tratamento do que os homens, e que as perdas pessoais, sociais e profissionais foram preditivas para a entrada no tratamento. Nota-se, assim, vários momentos em que as mulheres demonstram maior vulnerabilidade diante dos transtornos por uso de substâncias psicoativas, evidenciando, com isso, a percepção da necessidade de implementação de ações de atenção que atendam tais condições do gênero.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo de caso é exploratório, orientado por lentes da subjetividade e fundamentado em uma metodologia qualitativa indutiva (Eisenhardt, 1989). A pesquisa foi conduzida no município de Maringá-PR, que conta com diferentes pontos de atenção. O delineamento concentrou-se no papel do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas) e de uma Comunidade Terapêutica (CT), definidos pela Portaria nº 3.088 (2011) como, respectivamente, componente de atenção psicossocial especializada e atenção residencial de caráter transitório. Ambas integram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), vinculada ao SUS, voltada ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Portanto, integram-se, neste estudo de caso, como referências para a análise dos serviços, quatro eixos: a) fontes secundárias (documentos que instituem as políticas públicas PNAISM, PNAD e PAIUAD e atos normativos); b) a RAPS que atende 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) instituída pela Portaria nº 3.088 (2011), na dimensão de dois dos seus pontos de atenção: CAPS AD e CT feminina, de Maringá-PR; c) mulheres em tratamento/acolhimento; e d) o COMAD (Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas) integrado ao SISNAD.

Realizaram-se cinco entrevistas, três com profissionais da área e duas com mulheres em tratamento. Em ambos os casos, adotou-se roteiro semiestruturado. Os dados dos entrevistados são apresentados na Tabela I.

**Tabela I - Dados de agentes pesquisados**

ID	Pesquisados	Tempo de Entrevista
E1	Conselheiro do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), Psicólogo/ Professor Universitário	49min
E2	Coordenador do CAPS AD, psicólogo	25 e 35min
E3	Coordenadora da Casa Terapêutica (CT) feminina, técnica em enfermagem	1h e 42min
E4 e E5	Mulheres realizando tratamento/acolhimento	Aprox. 1h e 30min/cada

FONTE: ELABORADO PELAS AUTORAS

A amostra das mulheres foi escolhida por conveniência (Ritchie, Lewis & El Am, 2003). Na Casa Terapêutica, duas das seis mulheres em tratamento se voluntariaram e atendiam aos critérios: estar acolhida e sofrer com TUS. Logo, os achados são interpretados como narrativas contextualizadas, que iluminam dinâmicas específicas, histórias reais, mas sem pretensão de generalizações ou de representar a totalidade das experiências vividas por mulheres em tratamento. No mais, considera-se que o número de entrevistas foi suficiente para os objetivos do estudo, pois a análise narrativa permitiu aprofundar as categorias emergentes e alcançar saturação temática.

As entrevistas foram gravadas com autorização e mediante TCLE, que incluía possibilidade de interrupções. No CAPS AD, as entrevistas com mulheres não foram autorizadas. A amostra dos profissionais também foi definida por conveniência, com convites enviados por e-mail e telefone, junto ao TCLE. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de narrativa (Bastos & Biar, 2015), em processo interativo e indutivo (Eisenhardt, 1989), de onde emergiram três categorias: a) perspectivas de tratamento/acolhimento; b) corpo como território de expressão das relações de poder nas políticas públicas; c) demandas do corpo da mulher. Cabe esclarecer que, embora o texto utilize a categoria “mulheres” de forma sintética, reconhece-se que tal denominação abrange experiências plurais e não generalizáveis, sendo empregada aqui como recurso analítico vinculado ao recorte empírico da pesquisa.

## POLÍTICAS E NORMATIVAS (IN)SENSÍVEIS AO GÊNERO

Neste tópico, buscamos um olhar de subjetividade sobre as políticas públicas PNAD, PAIUAD e PNAISM no que refere a sua sensibilidade ao gênero em relação aos aspectos de tratamento e acolhimento de mulheres que demandam atenção por sofrerem transtornos por uso de substâncias. Os documentos citados na Figura 1 fazem referência a algumas das principais políticas e atos normativos relacionados ao tratamento e acolhimento de pessoas que sofrem TUS.

**Figura 1 - Políticas e normativas (in)sensíveis ao gênero feminino no tratamento e acolhimento de TUS**

PNAISM	Documento da PNAISM (Ministério da saúde, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhece que a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas;</li> <li>- Reconhece que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças;</li> <li>- Destaca que as internações de mulheres, motivadas pelos transtornos mentais e/ou comportamentais devido ao uso de álcool e substâncias psicoativas, registraram aumentos.</li> <li>- Destaca a necessidade e formação de profissionais que possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental;</li> <li>- Objetivo específico de implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero: melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.</li> </ul>
--------	---	--

PNAISM	Documento de Monitoramento e Acompanhamento (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visibiliza novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas;</li> <li>- Introduz ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social;</li> <li>- Apresenta percentual de mulheres atendidas nos Centros de Apoio Psicossocial/álcool e drogas (CAPS AD) por uso dessas substâncias (Metodologia de Monitoramento e Acompanhamento).</li> </ul>
PNAD	Decreto nº 5.912 (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orienta as competências dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD: disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como aos seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde - SUS; disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de drogas e seus familiares.</li> </ul>
	Decreto nº 9.761 (2019) Aprova documento Anexo da Política Nacional sobre Drogas e Revoga Decreto nº 4.345 (2002) que instituía a Política Nacional Antidrogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destaca o aumento do consumo precoce de bebidas alcoólicas, sobretudo ao público feminino;</li> <li>- Visa garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, com tratamento, acolhimento às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas;</li> <li>- Reconhece a necessidade de atenção, às características específicas dos diferentes grupos, incluídos crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, homens, população LGBTI, gestantes, idosos, moradores de rua, pessoas em situação de risco social, portadores de comorbidades, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio de recursos técnicos e financeiros.</li> </ul>
	Lei nº 13.840 (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta disposições gerais das atividades de tratamento e acolhimento de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares;</li> <li>- Propõe tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;</li> <li>- Propõe ao Plano Individual de Atendimento (PIA): atividades de integração e apoio à família; formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual.</li> </ul>

PAIUAD	Documento da PAIUAD (Ministério da saúde, 2003)	- Destaca violência doméstica relacionada ao uso excessivo de bebida; - Destaca entre usuárias de crack predominância de primeira experiência sexual antes dos 15 anos, alarme para iniciação sexual por estupro e desconhecimento da necessidade de proteção nas relações sexuais; - Destaca uso precoce do crack, usualmente influência por parceiros.
	Portaria nº 1.190 (2009)	- Desconsidera a PNAISM em suas considerações iniciais e desconsidera a vulnerabilidade do gênero feminino ao tratar como prioridade o segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco.
	Portaria nº 3.088 (2011)	- Desconsidera a PNAISM em suas considerações iniciais e não trata as mulheres como grupo vulnerável ao incluir como objetivo promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
	Portaria nº 130 (2012)	- Desconsidera a PNAISM em suas considerações iniciais.
	Portaria nº 3.588 (2017)	- Desconsidera a PNAISM em suas considerações iniciais; - Indica que o SRT deve acolher até no máximo 10 (dez) moradores, não tratando aspectos de gênero ou demandas próprias ao gênero feminino como o aspecto não incomum unilateral de cuidado aos filhos.

FONTE: ELABORADO PELAS AUTORAS ADAPTADO DE DOCUMENTAÇÕES NORMATIVAS.

A PNAISM, criada em 2004, originada pelo PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e de vínculo direto ao Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a saúde integral das mulheres, considerando suas necessidades específicas e particularidades. Essa política demonstra significativas conquistas ao superar uma abordagem reduzida de atenção ao seu processo reprodutivo. Refletir a atenção à saúde da mulher em sua integralidade e subjetividade assegura cuidados que alcancem os efeitos simbólicos de um tratamento, como, por exemplo, a mutilação no câncer de mama e as modificações que as substâncias psicoativas em uso prejudicial trazem ao corpo da mulher (sentido em sofrimento nas narrativas das mulheres entrevistadas, discutido nos tópicos seguintes). A PNAISM reforça, assim, a necessidade de que os atores envolvidos, como os profissionais, criem uma relação de subjetividades (Miranda, 2013) às demandas da mulher, também de modo específico, aquelas que procuram atendimento ao serviço de saúde mental.

O destaque na PNAISM ao contexto deste trabalho, ou seja, como aqui consideramos uma política predominante sensível ao gênero feminino, se alinha ao destaque de um dos objetivos da política. Este direciona para a demanda de implantar um modelo de atenção à saúde mental específico às mulheres, o que permeia fundamentalmente as necessidades de mulheres que sofrem transtornos pelo uso de substâncias, como a dependência química, e que demandam tratamento e acolhimento no âmbito público. Por outro lado, ao que se nota, no contexto deste estudo, as fases de implementação deste objetivo aparentam limitações, assim como de informações que se

sobreponham aos percentuais de atendimento no CAPS AD, para o monitoramento e acompanhamento da PNAISM.

A PNAD relaciona-se diretamente ao Ministério da Justiça, embora seja reconhecido o aspecto intersectorial e interdependência das ações governamentais defendido pela Portaria interministerial nº 2 (2017) que institui um comitê gestor interministerial para integração das políticas públicas e atuação à atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Neste sentido, ainda que um longo histórico de discussões e atualizações se impliquem ao contexto das políticas sobre drogas, optamos por destacar como conquista (no contexto da temática deste estudo) a atualização da PNAD aprovada pelo Decreto nº 9.761 que incluiu em suas diretrizes a necessidade de desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social dos dependentes e a seus familiares considerando características específicas dos diferentes grupos como o das mulheres. Essa diretriz evidencia o reconhecimento direto das particularidades do público feminino em suas demandas específicas. Sobretudo, a diretriz demonstra intersecção aos objetivos da PNAISM.

A PAIUAD, assim como a PNAISM, relacionadas diretamente ao Ministério da Saúde, defendem uma política de atenção integral. Como destaca Souto (2008), uma política de saúde integral é direcionada a grupos específicos da sociedade (discutidos aqui ao grupo de mulheres e usuários de álcool e outras drogas) e deve levar em conta duas dimensões fundamentais. A primeira delas, vertical, é a abrangência total do ser humano, que inclui as dimensões físicas, mentais, afetivas e espirituais, e deve ser considerada como objeto do cuidado em saúde. A segunda dimensão, horizontal, relaciona-se à existência de saberes e práticas de saúde acumuladas e organizadas em redes de serviços que praticam ações de saúde com base nesse cuidado em todos os campos e níveis.

No entanto, notam-se possibilidades de limitações na dimensão horizontal quanto à implementação dos serviços. Isso tendo em vista que mesmo havendo os saberes que destacam a necessidade de serviços de atenção à saúde mental sensíveis ao gênero, como destaca a PNAISM, as instruções normativas para as práticas desta implementação pouco se evidenciam nas orientações de ações de tratamento e acolhimento.

Um outro aspecto a se considerar são as limitações de atos normativos que se vinculem em suas considerações às diretrizes da PNAISM, no que tange ao tratamento e acolhimento de mulheres que sofrem transtornos pelo uso de substâncias. Isso pode ser notado, por exemplo, na Portaria nº 1.190 (2009) que institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras Drogas e não inclui a PNAISM em suas considerações iniciais, desconsiderando as mulheres como um segmento de prioridade. Aspectos como esse que se repetem ao considerar outros atos normativos que distanciam a potencialidade de alcance desta política a esta temática. A despeito disso, Souto e Moreira (2021) sinalizam que iniciativas de reivindicação pela implementação ocorrem desde o início do SUS quando as referências do PNAISM ainda se configuravam pelo PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Contudo, ao que se nota, vinte anos depois, embora com conquistas significativas, a PNAISM ainda sofre barreiras para sua implementação, ao que se refere a observação de alguns atos normativos de relação ao tratamento e acolhimento de usuários e dependentes.

Em síntese, nota-se maior alinhamento da PNAISM aos princípios de sensibilidade de gênero, seguida pela PNAD, e mais distante a PAIUAD, cujo afastamento prejudica a atenção à saúde de mulheres com TUS em serviços como CAPS AD e Comunidades Terapêuticas.

## **O TRATAMENTO E ACOLHIMENTO DE MULHERES NOS PONTOS DE ATENÇÃO CAPS AD E CT E AS POLÍTICAS (PNAD, PAIUAD E PNAISM) NOS CORPOS DAS MULHERES**

### **Tratamento e acolhimento, nos pontos de atenção CAPS AD e CT**

O tratamento de usuários ou dependentes de drogas é realizado pelas redes de saúde da União, Estados, Distrito Federal e municípios, integrando programas que articulam o SISNAD, o SUS e o SUAS (este último não abordado neste estudo). A prioridade é o tratamento ambulatorial, sendo a internação em unidades de saúde e hospitais gerais uma exceção (Lei 11.343, 2011). A atenção ambulatorial ocorre em diferentes níveis, destacando-se o CAPS AD, dispositivo especializado que oferece atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação), grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Assim, embora a assistência deva ser oferecida em todos os níveis, privilegia-se o cuidado em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) (Brasil, 2004)

Regulamentados pelas Portarias nº 336/2002, nº 2.197/2004, nº 3.088/2011, nº 130/2012 e nº 3.588/2017, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram a rede do SUS, sendo o CAPS AD o serviço especializado no cuidado a usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Esses serviços inserem-se na proposta do Modelo Psicossocial, que valoriza a reinserção e o restabelecimento social por meio da atuação em rede e da noção de território (Lopes, 2016). Complementarmente, constrói-se o conceito de existência-sofrimento como contraponto ao binômio doença-cura (Borba *et al.*, 2012). Assim, os CAPS têm como objetivo ofertar atendimento contínuo a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, proporcionando cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Buscam substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações sempre que possível e promovendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

*E2- Nós temos que fazer essa pessoa pensar a sua vida, [...]é um processo que é árduo, [...]. Para diminuir o espaço da droga você tem de rever sua vida, suas formas e suas relações.*

*E1- O modelo do CAPS AD[...], que existe, que funciona,[...], mas que está sujeito a várias condições, a como as equipes funcionam... isso que é o lugar mais avançado*

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica. Sua principal característica é integrar seus assistidos a um ambiente social, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004). A ideia de território não remete apenas ao geográfico, mas também ao espaço em que circulam as

pessoas, com seus sofrimentos e alegrias, suas instituições e os locais que elas frequentam (igrejas, escolas, trabalho, bares etc.). O território apresenta um sentido mais subjetivo, próprio a cada pessoa, influenciado pelas diferentes culturas presentes em diferentes pessoas de um mesmo bairro, cidade ou família (Cruz & Ferreira, 2014). “*O Caps não é nada sem o território, se não tiver articulado o território ele é outra coisa, que não é o Caps*” E2.

Neste sentido, ao iniciar o tratamento, os pacientes continuam suas atividades cotidianas, permanecendo integrados ao seu convívio regular. Direccionam-se ao CAPS apenas para realizar as atividades de seu plano terapêutico: “*É um tratamento aberto, de base tutorial, queremos que continue trabalhando, com seus vínculos familiares*” E2.

A perspectiva de trabalho do CAPS AD não enfoca a abstinência da substância. Ela trabalha a abordagem de redução de danos, conforme explica o entrevistado E2:

*E2- O sujeito não tem que estar abstinente para entrar aqui, a abstinência não é o único caminho de tratamento, a abstinência pode ser um caminho de tratamento se for o desejo da pessoa, ponto [...] o uso é uma decisão que é dele [...], mas entender junto com as pessoas quais são os danos causados pelo uso da substância na sua vida. Em alguns casos, indicar a abstinência é necessário no sentido da condição de saúde da pessoa [...] não quer dizer que somos coniventes ou fazemos apologia ao uso, mas entender que o processo de cuidado é um processo de retomada de autonomia.*

Assim, o processo de tratamento de assistência ocorre em etapas, de forma individualizada. Primeiramente, é identificado o nível de crise do usuário. Caso haja sintomas clínicos ou psíquicos, é encaminhado para rede e, então, após sua estabilização, retorna para tratamento no CAPS AD. Em contrapartida, caso seja uma crise moderada, que possa ser atendida na própria unidade, eles podem ocupar os leitos disponíveis durante o dia.

Em um segundo momento, inicia-se uma abordagem de maior escuta. Um plano terapêutico é realizado em reunião técnica, após avaliação por toda a equipe. Posteriormente, com o plano elaborado, realiza-se um pacto contratual com o usuário, no qual pode haver negociações de horário, conforme o que podem ofertar: “*todo esse processo, em média, são dois meses de chegar no acolhimento, fazer a abordagem, marcar os funcionais, fazer avaliação e retomar isso, geralmente dois meses, três meses –E2.*

O acolhimento em Comunidade Terapêutica caracteriza-se por projetos terapêuticos focados na abstinência, com adesão e permanência voluntárias e formalizadas por escrito, como etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário. A proposta fundamenta-se em ambiente residencial, que favorece vínculos, convivência entre pares, atividades educativas e desenvolvimento pessoal, voltado a pessoas em vulnerabilidade social. Exige avaliação médica prévia, plano individual de atendimento conforme regulamentação, sendo vedado o isolamento físico (Resolução nº 1/2015; Lei nº 11.343/2011, alterada pela Lei nº 13.840/2019).

Segundo Fracasso (2014), as CTs oferecem abordagens eficazes para o tratamento de dependência química, sobretudo para pacientes graves, com dependência severa, que são incapazes de adquirir abordagens ambulatoriais e de fazer comprometimentos psicossociais.

As CTs, embora com suas distinções, de modo geral, associam sua experiência de recuperação baseada na espiritualidade e na filosofia dos 12 Passos, com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental. Profissionais especializados (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros) são absorvidos neste modelo. Novas técnicas, como o aprendizado social e o treinamento de habilidades, foram instituídas em alguns lugares (Fracasso, 2014). Contudo, Melo (2018, p. 122) alerta que o modelo inspirado em AA, tem em sua metodologia de tratamento “um perfil orientado para uma clientela masculina, adulta, branca e de classe média”.

O acolhimento nas CTs é de ordem reclusa. Nelas, as mulheres são acolhidas voluntariamente pela proposta de atenção, com duração aproximada de nove meses, podendo variar entre as unidades e o plano individual de atendimento de cada pessoa. Elas podem sair da comunidade a qualquer momento, exceção aos menores de idade, que precisam da autorização dos responsáveis.

Poucas são as entidades disponíveis de comunidades terapêuticas que aceitam mulheres, tendo em vista que a maioria destas atendem exclusivamente homens. Em Maringá, das cinco CTs inscritas no COMAD, apenas uma atende mulheres. Esse distanciamento pode também ser notado a nível nacional. Segundo IPEA (2017), a predominância de vagas por pessoas do sexo masculino em comunidades terapêuticas é expressiva em todas as regiões do Brasil, sendo mais de 80% das vagas destinadas ao público masculino. A seguir, são tecidas considerações sobre como é possível notar o reflexo dos efeitos das políticas nos corpos das mulheres enquanto "território".

## Corpo como território de expressão das relações de poder nas políticas públicas

A pesquisa revelou que em média apenas 10% dos atendimentos no CAPS AD são destinados a mulheres, evidenciando a possibilidade de baixa procura pelo atendimento. Esse dado auxilia o processo de monitoramento instruído pela PNAISM, contudo outros dados sobre este público não são divulgados, o que limita as informações sobre este público.

*E2- Não é que a mulher não faça uso da substância, se a gente pegar, por exemplo, 90% dos que atendemos são homens e 10% mulheres, não é essa a realidade no que diz respeito ao consumo, ao contrário, se pegar hoje os últimos estudos vão mostrar que as mulheres têm feito cada vez mais uso de substância de modo nocivo e cada vez menos buscam o serviço. Existe um descompasso entre o número de mulheres que fazem o uso de substâncias e o número de mulheres que buscam o serviço.*

*E4- Não tem diferença não, tinha até uma mulher de mais idade”*

*E3- inclusive até duas semanas atrás nós estávamos com 12 meninas, hoje nós estávamos com 6 meninas e hoje já veio 7 meninas fazer triagem[...]*

Mesmo as mulheres em tratamento/acolhimento entrevistadas não reconhecem uma diferença quantitativa na proporção de homens e mulheres. Isso reforça a necessidade de fomentar-se estudos que investiguem uma realidade muitas vezes velada, tendo em vista que muitas mulheres fazem uso da substância também em lugares privados, o que por momentos vela a realidade de consumo, como revela a entrevistada E4.

*E4- Minha mãe descobriu onde eu fumava, era uma casa sem água, sem luz, uma imundice, ela teve coragem de fazer amizade com o cara e me tirava de lá carregada e jogava em cima da moto, eu já estava na fissura passava 3 dias fora, voltava dormia um dia e meio, acordava e já pegava a cantil do lado da cama com pinga, a primeira coisa, e voltava pra lá fumar de novo, bolava mais de 20 por noite de crack. Eu decidi fazer o tratamento quando caí da árvore, eu já estava tendo alucinações, [...]já era as consequências mais graves.*

Isso alerta, portanto, para a possibilidade de que a implementação dos serviços de tratamento e acolhimentos no âmbito das políticas (PAIUAD e PNAD) não alcancem efeito a muitos dos corpos das mulheres. Isso tendo em vista um maior predomínio de acesso ao tratamento pelos homens.

*E2- Normalmente o homem chega mais cedo, a gente percebe que quando a mulher chega, ela chega num grau de cronicidade maior. A mulher quando chega, chega mais crônica num grau em que já perdeu muita coisa, quase último passo [...] os atendimentos mais difíceis são os de mulheres, [...] que são mais vulneráveis, por conta dos laços sociais que têm; biologicamente uma condição mais favorável a adicção ao vício, a questão da pressão social, a mulher está mais vulnerável e ao mesmo tempo é a que menos busca o serviço.*

*E5- Quando eu tava grávida, um pouco antes, eu fumava muita cocaína, já tava magra, eu tava seca, agora eu já to mais encorpadinha, mas eu era seca eu era palitinho, tava muito magra, já estava ficando doente [...], conforme você vai usando, você vai emagrecendo, vai morrendo.*

Como indicam Greenfield et al. (2007), o nível de vulnerabilidade com que as mulheres chegam para o atendimento é maior do que entre os homens. A maior vulnerabilidade do corpo feminino ao buscar auxílio demanda uma atenção dinâmica no atendimento, que não se submeta à “lógica da fissura”. Embora a PAIUAD não considere as particularidades de gênero como critério, isso poderia ser aprimorado com a implementação da PNAISM, propondo um modelo de atenção à saúde mental das mulheres. O corpo fragilizado pelo uso prejudicial de substâncias, associado a emagrecimento e à perda do sentido subjetivo da vida, remete a aspectos simbólicos próprios do feminino. Atividades de “cuidado da beleza” são comuns no acolhimento, mas há limitações quanto à prática de esportes, como apontam Villar e Santos (2018).

Nota-se que mesmo que os pontos evidenciados traduzam significativas diferenças entre as implicações dos TUS nos homens e mulheres, a princípio, tal distinção não foi igualmente identificada no atendimento de acolhida entre homens e mulheres no CAPS AD. Conforme relato de

E2, a mulher é tratada como “qualquer usuário” revelando uma ausência da transversalidade de gênero na forma como o tratamento e acolhimento é oferecido:

*E2- A mulher assim como qualquer usuário, assim como o homem ele pode entrar por demanda espontânea, então a pessoa pode procurar o serviço ou por dispositivos da RAPS [...] a pessoa chegando aqui, não existe um agendamento prévio, chegando aqui ela é acolhida [...].*

A partir da análise dos papéis do CAPS AD e da CT, verificou-se que, embora ambos ofereçam tratamento para grupos separados, suas normas e procedimentos são aplicados de forma homogênea a homens e mulheres. Ou seja, a política PAIUAD é aplicada no ambiente do “território” do corpo da mulher de modo semelhante ao do homem, sem considerar as diferenças biológicas, psíquicas, afetivas e socioculturais específicas do corpo feminino.

## TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO: DEMANDAS DO CORPO DA MULHER

Este tópico contextualiza a terceira categoria de análise na qual emergem características interpretativas na relação do corpo da mulher a partir de dois aspectos, que por momentos se intersectam, sendo esses aspectos: a) relações interpessoais de seu corpo com afetos familiares e sociais; e b) aspecto intrapessoal, peculiares aos afetos de seu corpo na relação maternidade, alinhados à extensão do olhar subjetivo que inclui perspectivas de si e com/para os outros (Brown, 2019; Goulart, 2019; Franco & Merhy, 2012). De início, apresenta-se a narrativa de uma das pesquisadas e destaca-se elementos interpretativos. A opção de trazer uma narrativa feminina ao estudo justifica-se na precariedade de relatos de experiências de recuperação por mulheres.

*Narrativa E5- Eu fumo desde os 10, eu comecei com cigarro e a bebida, depois fui para maconha e depois para cocaína[...]. Quando você vê que não faz mais efeito daí você quer se afundar, eu só não cheguei a usar o crack, graças a Deus, daí eu decidi me internar, senão eu iria usar. A gente às vezes quer sair, a gente fala só por hoje, e mesmo assim às vezes fuma de novo, eu já falei muitas vezes não quero, e fumei mesmo acontecendo tudo isso dentro de casa (referindo-se à doença da sua mãe) eu nunca quis fazer o tratamento, adicto tenta dar o bolo, mentir né, é assim, daí eu acabei engravidando aos 14 anos. Engravidei e tive meu bebê. Ali eu parei depois que descobri no quarto mês, me deu enjojo, não suportava ver a droga. Mas depois que ele nasceu eu amamenteei até dois meses daí deu aquela vontade de voltar a fumar de novo, daí eu fui na esquina peguei um cigarro fui na outra esquina peguei a maconha depois a cocaína, aí eu vi que continuei a afundar de novo, minha família ficando com vergonha com desgosto de mim [...]. Hoje faz três meses que eu tô aqui, o que eu acho mais difícil para mim é tudo, e olha que eu já mudei muita coisa. Eu era agressiva, eu era arrogante, mesquinha, eu mesmo confesso, eu era muito agressiva, eu preciso trabalhar um monte de coisas e o mais difícil é conviver com os outros.*

*Eu não tenho o que reclamar, a comida é ótima, a Dona X é uma excelente coordenadora, dá o de bom e de melhor [...].*

*Mudei lá para a Cidade A (PR), foi lá que eu comecei, que eu fiz as coisas erradas, daí eu mudei de cidade para Cidade B (PR), mudei também porque já fui agredida pelo pai do meu filho, me bateu grávida, foi mais de uma vez. Daí eu mudei, tentei manter distância [...] não quero mais saber de droga, porque eu sei que se eu colocar uma droga na minha boca eu prefiro me matar do que colocar de novo, porque eu não quero fazer tudo que eu fiz de errado de novo, fazer minha família sofrer de novo [...] eu já saí de lá mesmo porque com as companhias que eu tinha lá eu só estava me afundando, e... eu não contei para senhora, mas agora que tô me sentindo melhor eu vou contar, eu cheguei até a me prostituir. Mas não pela droga, pela necessidade de ter [...] as coisas.*

*Quando minha mãe descobriu foi o pior, ai meu Deus do céu... (sentimento de vergonha, lágrimas) [...] olha eu vou falar para a senhora eu acho que eu me prostitui uns três anos para comprar as coisas, olha essa calça aqui... eu comprei [...]. A gente não sente prazer ali é muito nojento é horrível, a gente quer ver o dinheiro [...] eu já cheguei traficar, mas minha mãe nunca ficou sabendo até hoje [...] quando você trafica você tem a droga quando você quiser né, o poder, o dinheiro [...].*

## Interpessoais: afetos e relações sociais e familiares

O aspecto da interpessoalidade evidencia os enfrentamentos à hierarquia de inferioridade do corpo da mulher em sua significação e (des)valorização nas relações sociais e familiares. Embora haja esforço das famílias, sobretudo das mães, para incentivar o tratamento, o corpo feminino permanece atravessado por estigmas e preconceitos, precarizando o apoio familiar às mulheres adictas (Weisner, 1993). Isso se manifesta na forte incredulidade quanto à recuperação dessas mulheres, que muitas vezes são vistas como “casos perdidos” — percepção compartilhada inclusive por elas mesmas.

*E2- dificilmente a família olha com o mesmo cuidado que olha para os homens para as mulheres [...] a família tem mais dificuldade de ver isso referente às mulheres é um tema quase tabu, por ser tabu, as coisas ficam veladas [...] para mulher assumir que ela faz uso da substância isso é muito mais difícil. [...] E4- “não falta gente para julgar [...]” “os outros julgam né, às vezes eu tenho vontade de dar um murro na cara, juro de verdade eu tenho muita raiva, muita [...] somos vistas como lixo”.*

As narrativas evidenciam o sofrimento causado pelos julgamentos sociais atribuídos ao corpo feminino. As pressões relacionadas às “responsabilidades sociais” — ser boa mãe, esposa, profissional — recaem sobre as mulheres, e o sentimento de fracasso diante dessas expectativas pode levar ao uso de substâncias como forma de aliviar a dor. O sofrimento, assim, não se limita ao corpo individual, mas atravessa relações sociais e familiares, afetando inclusive quem nunca usou substâncias, tornando-se uma experiência subjetiva compartilhada, como apontam Lander, Howsare & Byrne (2013).

*E4- (entre lágrimas) Eu passei mais de uma semana fora de casa [...] eu ficava na rua me drogando, esquecia da minha família [...] me mataria [...] eu voltaria para minha casa, tentaria conversar com a minha mãe e ver se ela poderia me ajudar, minha mãe já tentou me ajudar várias vezes.*

Embora as famílias tentem ajudar, observa-se o silenciamento da figura paterna e a sobrecarga nas mães quanto ao incentivo ao tratamento. A presença masculina aparece, em muitas narrativas, ligada à violência e exploração do corpo feminino. Como relata E5, foi necessário se afastar do companheiro para buscar tratamento. Isso revela a recorrência da violência física e simbólica sobre os corpos das mulheres, que enfrentam o sofrimento do deslocamento para romper com espaços de opressão e ressignificar suas vidas em novos territórios de (re)socialização.

Outra desigualdade está no fato de que “*difícilmente a família olha com o mesmo cuidado que olha para os homens para as mulheres[...] a família tem mais dificuldade de ver isso referente às mulheres é um tema quase tabu, por ser tabu, as coisas ficam veladas*” – E2. Isto confirma a perspectiva de Weisner (1993) quanto ao menor apoio familiar entre os casos das mulheres.

Adicionalmente, outra demanda identificada decorre da pressão social vivenciada de modo desigual pelas mulheres. As mulheres muitas vezes são estigmatizadas mesmo antes do uso das drogas, sobre suas “responsabilidades sociais” (cuidar da casa, ter um relacionamento, ser uma boa esposa, mãe dedicada e amorosa, profissional qualificada, sucesso profissional), colocando-as sob pressão e cobranças. Quando algumas das suas dimensões não conseguem sucesso, elas se culpam. Assim, quando não conseguem alcançá-las, muitas sofrem, pois se sentem fracassadas pela pressão social inculcada. Logo, o uso das substâncias para aliviar o problema passa a ser direcionado para esse vácuo.

*E2- [...] existe uma carga muito grande sobre a mulher hoje, que ela não dá conta, porque é humanamente impossível, então ela acha como possibilidade, como subterfúgio, como caminho para sua dor, o uso da substância e daí ela entra numa condição muito pior, então assumir isso que no senso comum é dizer “não dá conta e ainda é drogada” isso é muito difícil para mulher[...].*

O estigma e as representações sociais sofridas são dolorosos. As mulheres entrevistadas comentam que são muitos os julgamentos, “*não falta gente para julgar [...]*” “*ah, mas os outros julgam né, às vezes eu tenho vontade de dar um murro na cara, juro de verdade eu tenho muita raiva, muita*” –E5. Termos pejorativos como drogada, entre outros revelam o desprezo, “somos vistas como lixo”, menciona a entrevistada E5.

Mesmo quando vencem essas barreiras e procuram ajuda, dificuldades também foram identificadas no processo terapêutico. Uma das maiores dificuldades relatadas pelas entrevistadas e mesmo pela coordenadora da CT está na convivência. A proposta das CTs compreende que a vida na comunidade interna auxilie um processo de aprendizagem social subjetiva, na qual experiências contrárias a seus desejos precisam ser vivenciadas para que sejam desenvolvidas individualmente a maturidade, como lidar com desejos e impulsos com bom senso e moderação. Mudanças de aspectos subjetivos do comportamento são trabalhados, como ponderar o impacto de seu próprio comportamento e atitudes sobre os outros; ser capaz de ver eventos, pessoas e a si mesmo como

realmente são e mostrar-se disposto a confrontar em vez de evitar ou fugir deles; e incorporar princípios comportamentais e integração social, produzindo, assim, potência para vida.

Por fim, entende-se que, quando integrados os programas que articulem educação e capacitação, estes contribuem para que as mulheres possam ocupar autonomia sobre seus corpos e não os ter hierarquizados pela dominação masculina e fragmentados por práticas como a prostituição e o tráfico, narradas pela entrevistada. A seguir, é tratado o aspecto intrapessoal.

### Intrapessoais: relações de maternidade

O outro aspecto desta categoria se remete às relações intrapessoais, no qual se destacou a dimensão de maternidade do corpo da mulher sendo negligenciada. A profissional entrevistada relata que algumas mulheres justificam interromper o tratamento por não terem quem cuidar dos seus filhos. O mesmo aspecto é relatado por Allen (1995), ao identificar que as pesquisadas incluíam a responsabilidade pelo cuidado das crianças como uma das barreiras ao tratamento.

Quando questionada sobre a possibilidade de os filhos permanecerem com as mães durante o tratamento, a profissional comentou que para elas (mulheres em tratamento) seria bom, mas a casa não teria estrutura para atender. Contudo, nos casos de mulheres gestantes, elas podem iniciar o tratamento e, caso a criança nasça durante o período do tratamento, permanece junto à mãe na casa “*é muito bom quando tem criança na casa, fica até mimado demais, no colo de todo mundo*” –E3. Neste sentido, a demanda dos corpos maternos, não mais gestantes, são silenciados ao passo que não garante durante o tratamento a permanência da criança nas CTs. Logo, como comentam Collinson e Hall (2021, p. 426), a privação da mulher aos cuidados de seus filhos distanciam “ainda mais as mulheres dos recursos identificados como favoráveis à recuperação”.

Essa impossibilidade em atender e assistir uma demanda distinta ao corpo da mulher pode limitar as potencialidades do tratamento. Isso tendo em vista as contribuições que a maternidade implica às significações de sentido de vida para mulher, como narra a entrevistada E5, sobre seu distanciamento da substância durante a gravidez. Em consonância, Santos e Rezende (2020, p. 589-594) pontuam que “O sofrimento causado com a relação maternidade e cárcere evidenciou que a condição de mulher e mãe agrava ainda mais o enfrentamento feminino da privação da liberdade”. No mais, as mulheres ainda sofrem pela possibilidade de retirada da guarda dos filhos como tratam Andersson, Wincup, Best & Irving (2021).

Ghosh *et al.* (2023) sustentam que a maternidade deve ser incorporada às políticas de drogas a partir de uma perspectiva de direitos, cuidado integrado e sensibilidade de gênero, evitando respostas punitivas e promovendo proteção simultânea da mulher e da criança. Como reforça Melo (2018), há uma densidade da temática da maternidade nas narrativas das mulheres. E ainda, o sofrimento do impacto social ao corpo da mãe adicta com a sobreposição de dois tabus: o abuso de drogas e a “má mãe” que fragilizaria a reescrita do seu eu (Melo, 2018).

Defendemos, com base no aporte teórico e empírico, a tendência de ressignificações durante a gestação ou o desejo pela maternidade. Pondera-se a inclusão de uma agenda que fomente o direito da mulher de “maternar” durante o tratamento, respeitando integralmente os direitos da

criança. A maternidade traz potencial para mudanças e sentido à vida, podendo motivar a abstenção do uso de drogas, conforme pesquisas de Nordenfors e Höjer (2012) e Santos e Rezende (2020).

Contudo, cabe esclarecer que o marcador da maternidade foi destacado neste estudo em razão de sua recorrência nas análises empíricas. Isso não implica sua naturalização como dimensão essencial da condição feminina. Ao contrário, reconhece-se que as desigualdades de gênero operam de forma articulada a outros marcadores sociais, como raça, classe e território, produzindo experiências plurais e não generalizáveis. Assim, a maternidade é compreendida como uma experiência possível e não como essência do ser mulher, sendo atravessada por condições materiais, relações de poder e possibilidades concretas de querer e poder vivenciá-la.

## ANÁLISE INTERPRETATIVA DO MODELO PROPOSTO

Com base no aporte teórico e dados empíricos, a Figura 2 apresenta um modelo integrador das categorias analíticas, que mostra como a transversalidade de gênero nas políticas públicas pode contribuir com ações integrativas, respeitando as particularidades do corpo da mulher.

**Figura 2 - Subjetividade e transversalidade de gênero nas políticas públicas**



FONTE: ELABORADO PELAS AUTORAS.

A Figura 2 sistematiza um modelo analítico que tenciona a perspectiva de uma igualdade discursiva e uma igualdade substantiva nas políticas públicas voltadas às mulheres, especialmente no contexto da atenção às mulheres que sofrem Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). O esquema organiza-se a partir de três níveis interdependentes: a) constituição e formulação normativa, b) implementação operacional e c) reconhecimento das demandas, mediados ou não por duas dimensões centrais: transversalidade de gênero e subjetividade.

No primeiro plano analítico, os níveis de análise não são mediados pelas dimensões de transversalidade e subjetividade. Assim, a afirmação de igualdade vinculada à constituição/formulação da política pública revela uma matriz universalista que, embora comprometida com a equidade em

termos normativos, opera sob uma lógica discursiva. Conforme assinala Goulart (2019), o distanciamento da subjetividade e da transversalidade de gênero tende a produzir políticas que afirmam igualdade, mas que se estruturam de forma homogeneizada. Neste sentido, ao se considerar a possibilidade de implementação operacional da política, o corpo é interpretado como território de expressão das relações de poder que refletem os efeitos dessas ações. A homogeneização representada na figura indica que, quando desprovida da transversalidade de gênero e do reconhecimento da subjetividade, a política tende a inscrever sobre os corpos padrões generalistas que desconsideram marcadores como gênero, classe, raça e outras vulnerabilidades associadas ao TUS que envolvem efeitos não apenas à usuária, mas também seus contextos familiares, o que exige respostas intersetoriais e diferenciadas (OMS, 1994, 2006). Nessa perspectiva, a neutralidade aparente converte-se em mecanismo de invisibilização das diferenças, resultando no silenciamento das demandas específicas dos corpos das mulheres.

No segundo plano analítico, os níveis de análise são mediados pelas dimensões da transversalidade de gênero e subjetividade, que representam a inflexão paradigmática proposta. Ao incorporar a subjetividade, a política pública ultrapassa a universalidade padronizada, reconhecendo experiências situadas e trajetórias marcadas por desigualdades estruturais da categoria de gênero. Goulart (2019) enfatiza que a subjetividade contribui para romper com processos uniformizantes, permitindo que a política seja formulada e implementada a partir das especificidades dos sujeitos, assegurando que o recorte de gênero deixe de ocupar posição periférica e passe a integrar o núcleo constitutivo da política pública.

Como resultado, a igualdade deixa de ser meramente declaratória e passa a ser construída pela afirmação das diferenças. No caso das mulheres com TUS, isso implica diretrizes que promovam atendimento integral, sensível às particularidades biológicas, psicossociais e contextuais que atravessam seus corpos, trajetórias, anseios e desejos de ser mulher. A política torna-se, assim, mais inclusiva e distintiva, permitindo que mulheres sejam efetivamente assistidas e asseguradas em seus direitos.

Em síntese, a figura propõe um maior desdobramento das reconfigurações epistemológicas das políticas públicas: da neutralidade homogeneizante à igualdade substantiva fundada no reconhecimento da diferença. Tal deslocamento é condição indispensável para a efetivação de políticas de saúde que respondam às múltiplas dimensões do TUS na vida das mulheres, articulando justiça social e cuidado integral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo (re)conhecer demandas de atenção a mulheres que sofrem transtornos por uso de substâncias psicoativas, considerando a subjetividade e a transversalidade de gênero nas Políticas Públicas de tratamento e acolhimento, a partir dos espaços CAPS AD e Comunidade Terapêutica de Maringá-PR. Embora esses pontos da RAPS apresentem perspectivas distintas de tratamento/acolhimento, o foco não foi comparativo, mas compreender as diferentes ofertas de serviço que possibilitam atender demandas diversas e garantir autonomia para escolha

do tratamento quando este se torna disponível. Ressalta-se, contudo, que a maioria dos municípios brasileiros não dispõe de CAPS AD ou Comunidades Terapêuticas, o que amplia as desigualdades no acesso ao cuidado. A partir da análise realizada, foi possível identificar fragilidades nos processos de implementação das políticas, especialmente no que se refere à incorporação efetiva da transversalidade de gênero e ao reconhecimento das especificidades que atravessam o corpo e a trajetória das mulheres com TUS, alcançando, assim, o objetivo proposto pelo estudo.

O estudo contribuiu para evidenciar que, embora existam avanços normativos nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher, tais avanços ainda se apresentam de forma isolada e pouco integrada na prática dos serviços. As reflexões foram organizadas em três categorias analíticas centrais, nas quais se identificaram proximidades e distanciamentos quanto à sensibilidade de gênero nas principais políticas e atos normativos, bem como barreiras interpessoais e intrapessoais que dificultam a busca e a continuidade do tratamento. No plano interpessoal, destacaram-se as pressões decorrentes de estigmas e representações sociais direcionadas às mulheres usuárias. No plano intrapessoal, evidenciaram-se as implicações da maternidade, sobretudo o distanciamento do binômio mãe-filho e a ausência de alternativas institucionais que possibilitem a manutenção desse vínculo ao longo do tratamento, mesmo diante da expressão do desejo da paciente. Ademais, observou-se a reduzida participação feminina na busca e adesão aos serviços, o que reforça a necessidade de redefinir estratégias de acolhimento sensíveis às especificidades do cuidado às mulheres com TUS.

Aprendeu-se, a partir da pesquisa, que a neutralidade tende a produzir homogeneizações que silenciam demandas específicas, tornando imprescindível a incorporação da subjetividade e da transversalidade de gênero como dimensões constitutivas das políticas públicas. Nesse sentido, o estudo oferece contribuições teóricas ao aprofundar a discussão sobre o corpo feminino como território de expressão das relações de poder nas políticas de saúde, e contribuições práticas ao apontar lacunas na organização dos serviços que impactam diretamente a adesão e continuidade do tratamento. Ao evidenciar tais aspectos, o artigo busca colaborar para a desconstrução de desigualdades de gênero na interface das políticas públicas e alertar gestores e profissionais quanto à necessidade de maior sensibilidade na implementação das ações.

Entre as limitações, reconhece-se o número reduzido de entrevistas, destaca-se a impossibilidade de entrevistas com mulheres em tratamento no CAPS AD e a ausência de representantes dos serviços de assistência social. Contudo, o objetivo nunca foi propor generalizações estruturais, mas sim explorar sentidos e percepções produzidos no contexto investigado, contribuindo para o debate qualitativo sobre o tema. Como agenda futura, sugere-se ampliar a investigação para outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial, incorporar diferentes perfis de mulheres em suas diversidades e aprofundar análises sobre estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento, especialmente no que concerne à manutenção de vínculos familiares e à superação de barreiras estigmatizantes. Espera-se, por fim, que o estudo potencialize práticas de olhares mais sensíveis ao gênero, fortalecendo relações de cuidado, afeto e reconhecimento às mulheres que sofrem transtornos por uso de substâncias.

## REFERÊNCIAS

- Allen, K. (1995). Barriers to treatment for addicted African-American women. *Journal of the National Medical Association*, 87(10),751.
- Andersson, C., Wincup, E., Best, D. & Irving, J. (2021). Gender and recovery pathways in the UK. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5),454-464.
- Azevedo, C. S. (2013). A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde. In: Azevedo C. S. & Sá, M. C. (Orgs.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: Abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 49-72.
- Baptista, G. C. (2012). Análise de políticas públicas, subjetividade e poder: matrizes e intersecções teóricas. *Psicol. USP*, São Paulo, 23 (1),45-67.
- Bastos, F. I & Bertoni, N. (2014). (Org). *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.
- Bastos, L. C. & Biar, L. A. (2015). Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. *DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*, 31 (SPE),97-126.
- Bastos, F. I. P. M. et al. (Org.). (2017). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT.
- Blume, S.B. & Zilberman, M.L. (2004). Women: clinical aspects. In: Lowison, J., Ruiz P., Millman, R. B. et al. (Eds.). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins,1049-64.
- Borba, L. O. et al. (2012). Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (6),1406-1414.
- Brasil. Ministério Da Saúde. (2004). *Saúde Mental no Sus: Os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brown, S. R. (2019). Subjectivity in the human sciences. *The Psychological Record*, 69(4),565-579.
- Cambuí, H. A., Neme, C. M. B. & Abrão, J. L. F. (2016). A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 19(1), 131-145.
- Carvalho, D. & Meirinho, D. (2020). O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, 14 (3),656-680.
- Caywood, K. & Darmstadt, G. L. (2024). Gender mainstreaming at 25 years: Toward an inclusive, collaborative, and structured research agenda. *Journal of Global Health*, 14:04011. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04011>
- Collinson, B. & Hall, L. (2021). The role of social mechanisms of change in women's addiction recovery trajectories. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 426–436. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1929077>
- Cruz, M. S. & Ferreira, S. M. B. (2014) A rede de saúde na assistência para pessoas com dependência de álcool e outras drogas: das UBS e CAPS-AD aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: *Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. – 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Decreto nº 5.912 de 27 de setembro de 2006. (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. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm)
- Decreto nº 9.791 de 11 de abril de 2019 (2019). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4),532-550.
- Elbreder, M. F. et al. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro,57(1).
- Farah, M. F. S. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12(1), 47-71.
- Farah, M. F. S. et al. (2018). Gênero e política pública: panorama da produção acadêmica no Brasil (1983-2015). *Cadernos EBAPE.BR*, 16(3),428-443.
- Ferreira, L. O. (2013). Health and Gender Relations: a reflection on the challenges for the implementation of public policies for health care for indigenous women. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1151-1159.

- Fontes, A. M. M. & Marcondes, L. M. A. (Orgs.). (2005). *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm\\_compacta.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf)
- Fracasso, L. (2014). Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas. In: *Modalidades de tratamento e encaminhamento*: módulo 6.–7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Franco, T. B & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2),151-163.
- Ghosh, A., Jerkovic, D., Ignjatova, L. A., Bruguera, C., Ibrahim, D. I., Okulicz-Kozaryn, K., Maphisa, J. M., Martinnelli, T. F., Neto, A., Canedo, J. & Gordon, R. (2023). Drug policies' sensitivity towards women, pregnancy, and motherhood: A content analysis of national policy and programs from nine countries and their adherence to international guidelines. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00410-0>
- Goulart, D. M (2019). *Subjetividade e saúde mental crítica: lições do Brasil*. Routledge.
- Greenfield, S. F. et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1),1–21.
- IPEA. (2017). Nota técnica. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. n. 21, mar. 2017.
- Jansen, M., Meyer, D. E. E. & Felix, J. (2017). Mulheres usam substâncias psicoativas? atravessamentos de gênero na política de redução de danos no Brasil. *Revista Psicologia Política*, 17(38),90-104.
- Lander, L., Howsare, J. & Byrne, M. (2013). O impacto dos transtornos por uso de substâncias em famílias e crianças: da teoria à prática. *Serviço social em saúde pública*, 28(3-4), 194-205.
- Lei nº 11.343, de agosto de 2006. (2006). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm)
- Lei nº 13.840, de 5 de julho de 2019 (2019). Nova Lei de Drogas. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm)
- Lopes, F. J. O. (2016). Drogas e trabalho: considerações sobre atenção a trabalhadores usuários de drogas. *CADERNOS de Psicologia Social do Trabalho*, 19(2), 209-220.
- Melo, R. V. (2018). O Cuidado das mulheres na dependência química. *Comunidades terapêuticas*, 121. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9461>
- Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
- Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
- Ministério da Saúde. (2004a). *Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf)
- Miranda, L. (2013). Criatividade e trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana. In: Azevedo, C. S. & Sá, M. C. (Orgs.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: Abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,86-114.
- Monitoramento e Acompanhamento. PNAISM. (2015). Ministério da Saúde. [https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/450\\_4.pdf](https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/450_4.pdf)
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1),45-54.
- Nicholson et al. (1994). The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: a retrospective study. *Psychology of addictive behaviors*. 8,24-28.
- Nordenfors, M. & Höjer, I. (2012). *Kvinnors erfarenheter av stöd från Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga*. FoU i Väst.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (1994). *Glossário de termos de álcool e drogas*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. [https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/Glossario\\_alcool\\_drogas.compressed.pdf](https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/Glossario_alcool_drogas.compressed.pdf)
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42666/9788572416665\\_por.pdf;jsession](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42666/9788572416665_por.pdf;jsession)
- ONU DC. United Nations Office on Drugs and Crime (2016). Resolution 59/5: Mainstreaming a gender perspective in drug-related policies and programmes (Commission on Narcotic Drugs). [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_59/Resolution\\_59\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_5.pdf)
- ONU DC. United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report*.
- ONU DC. United Nations Office on Drugs and Crime (2022). *World Drug Report*.

- Portaria nº 336, de fevereiro de 2002. (2002). Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. (2004). Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)
- Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. (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. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (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). Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. (2012). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)
- Portaria nº 3588, de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
- Portaria interministerial nº 2 de dezembro de 2017. (2017). Institui Comitê Gestor Interministerial. Ministério da Justiça e Segurança Pública. [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090)
- Redmond, ML, Smith, S. & Collins, TC (2020). Explorando as experiências de mulheres afro-americanas com o tratamento do uso de substâncias: uma revisão da literatura. *Jornal de psicologia comunitária*, 48 (2),337-350.
- Reed, B. G. (1985). Drug misuse and dependency in women: The meaning and implications of being considered a special population or minority group. *International Journal of the Addictions*, 20(1),13-62.
- Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015 (2015). Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Ministério da Justiça e Segurança Pública. [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/11421/3/RES\\_CONAD\\_2015\\_1.html](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/11421/3/RES_CONAD_2015_1.html)
- Rodrigues, T. F. C. S. et al. (2019). Aumento das internações por uso de drogas de abuso: destaque para mulheres e idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 73-82,2019.
- Ritchie, J., Lewis, J. & El Am, G. (2003). Designing and selecting samples. In: Ritchie, J.; Lewis, J. (Ed.). (2003). *Qualitative research guide: a guide for social science students and researchers*. Sage,77-108.
- Sá, M. C., Azevedo, C. S. (2013). Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo, C. S. & Sá, M. C. (Orgs.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: Abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,30-48.
- Santos, B. R. & Rezende, V. A. (2020). Sistema carcerário feminino: uma análise das políticas públicas de segurança com base em um estudo local. *Cadernos EBAPE. BR*, 18,583-594.
- Silveira, M. L (2004). Políticas públicas de gênero: impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade. *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher,65-76.
- Souto, K. M. B. (2008). A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser social*, 10(22), 161-182.
- Souto, K. & Moreira, M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, 45, 832-846.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. In *Women, Children, and Addiction* (pp. 23-34). Routledge.
- Villar, N. L. & Santos, M. P. G. D. (2018). Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: notas a partir de dados empíricos. *Comunidades terapêuticas*,101.
- Viotti, M. L. R. (1995). Declaração do Brasil na IV Conferência Mundial sobre a Mulher. In *Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher*. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Organização das Nações Unidas. [https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/10971/1/declaracao\\_4\\_conferencia\\_mundial\\_mulher.pdf](https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/10971/1/declaracao_4_conferencia_mundial_mulher.pdf)

- Walby, S. (2005). Gender mainstreaming: Productive tensions in theory and practice. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 12(3), 321–343. <https://doi.org/10.1093/sp/jxi018>
- Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: A comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(4), 746-752
- WHO. World Health Organization. (2023). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th. ed.). <https://icd.who.int/en>