

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

FLORES CONVERSAM NO JARDIM: MOVIMENTOS DO
CUIDADO DE SI POR MULHERES EM TRATAMENTO NO
CAPS AD (CPTT) NA REINVENÇÃO DE SUAS VIDAS

SCHEILA SILVA RASCH

Vitória
2014

SCHEILA SILVA RASCH

FLORES CONVERSAM NO JARDIM: MOVIMENTOS DO
CUIDADO DE SI POR MULHERES EM TRATAMENTO NO
CAPS AD (CPTT) NA REINVENÇÃO DE SUAS VIDAS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob a orientação da Profª Drª Angela Nobre de Andrade e coorientação da Profª Drª Luziane Zacché Avellar.

UFES

Vitória, Outubro de 2014.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R223f Rasch, Scheila Silva, 1966-
Flores conversam no jardim : movimentos do cuidado de si
por mulheres em tratamento no CAPS AD (CPTT) na reinvenção
de suas vidas / Scheila Silva Rasch. – 2014.
300 f. : il.

Orientador: Angela Nobre de Andrade.
Coorientador: Luziane Zacché Avellar.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Reich, Wilhelm, 1897-1957. 2. Mulheres - Uso de drogas.
3. Saúde mental. 4. Drogas - Abuso - Aspectos sociais. 5.
Psicoterapia. I. Andrade, Ângela Nobre de. II. Avellar, Luziane
Zacché. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

TERMO DE APROVAÇÃO

FLORES CONVERSAM NO JARDIM: ESTRATÉGIAS DO CUIDADO
DE SI POR MULHERES EM TRATAMENTO NO CAPS AD/CPTT
NA REIVENÇÃO DE SUAS VIDAS

SCHEILA SILVA RASCH

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial em obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 27 de outubro de 2014, por:



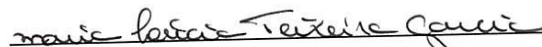
Profª Drª Luziane Zacché Avellar – Coorientadora, UFES



Profª Drª Zeidi Araújo Trindade – UFES



Profª Drª Teresinha Cid Constantinidis – UFES



Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Garcia – UFES



Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza – UFF

*Para minha mãe,
bênção e alegria em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Angela Nobre de Andrade, minha orientadora na trajetória de confecção deste trabalho, a minha gratidão, pela leveza, gentileza, pelas inquietações que me suscitou nesse percurso, pelos limites que me introduziu nesse processo, plenamente organizadores e geradores de chão, pelo respeito ao meu tempo de produção e, principalmente, por estar junto comigo nessa caminhada, apostando e acreditando. Por ter me acolhido como a sua “derradeira orientanda”, como carinhosamente me chamava, rumo a sua aposentadoria. Meu carinho sincero e de coração. E ainda por ter me deixado, de forma cuidadosa, na reta final, nas mãos de uma coorientadora igualmente muito cuidadosa.

À Luziane Zacché Avellar, minha coorientadora, por ter me inquietado durante uma disciplina no doutorado que me fez refletir sobre o meu tema de estudo, que ganhou, aos meus olhos, novas formas e corpo. E, durante a coorientação, por ter me ajudado no final da travessia da confecção desta tese, levando-me a um porto seguro. Pelo gentil e respeitoso cuidadoso cuidado comigo (a redundância é proposital), mediante fineza, gentileza e elegância acadêmicas, conduzindo-me no árduo processo de “escrever [que] é cortar palavras”¹ para garantir a leveza do material apresentado de forma consistente, concisa e direta.

Ao professor Lídio de Souza, *in memoriam*, por ter sido meu professor na graduação em Psicologia na UFES e pelo reencontro na minha banca de qualificação do doutorado. Onde estiver, quero agradecer-lhe pelas inúmeras contribuições e sugestões metodológicas e teóricas para a confecção desta tese, imensamente satisfatórias e agregadoras à produção deste trabalho. Por ter me encorajado a assumir o meu referencial teórico neste estudo. Infinitamente grata pela sua gentileza e elegância acadêmicas, pela sua capacidade de me provocar, me inquietar e me questionar com extrema suavidade e amabilidade.

¹ Essa frase é atribuída ao poeta Carlos Drummond de Andrade.

À Lúcia Fajóli, secretária do PPGP/UFES, pelo seu sorriso sincero e acolhedor, pelas orientações e informações burocráticas certeiras e por ter me acolhido em todas as minhas necessidades nesse período de doutorado.

À Maria Lúcia Teixeira Garcia, amiga, parceira, minha orientadora no mestrado, pelas provocações em minha banca de qualificação do doutorado. Provoações que me fizeram pensar e refletir e que certamente ganharam corpo de texto neste trabalho. Grata por sua disponibilidade sincera, em ressonância comigo, mediante interlocuções e suportes-potência afirmativos e expansivos, para além da qualificação, imensamente solidários, para os quais as palavras me faltam, diante de tudo que recebi. O peito aquece, lágrimas vêm aos olhos de emoção e gratidão.

Ao FÊNIX, Grupo de Estudo e Pesquisa em Análise de Políticas Públicas, Saúde Mental e Álcool e outras Drogas, da Pós-Graduação em Política Social da UFES, pelas trocas, pela solidariedade, pelo carinho e pelo auxílio nesta produção, na discussão de elementos da política nessa área.

À Lorena Evangelista Santos, estudante de graduação em Serviço Social da UFES, bolsista de iniciação científica do CNPq, à Sílvia Louzada Duarte e Claudio Horst, ambos assistentes sociais, alunos do Mestrado, da Pós-Graduação em Política Social da UFES, todos integrantes do Grupo Fênix, por terem sido fundamentais na obtenção de dados. A Lorena, por ter me ajudado nas leituras e coletas de dados nos prontuários e organização do material para a análise. A Sílvia e Claudio, pelo levantamento bibliográfico de pesquisas referentes às mulheres e drogas que constam desta tese. Imensamente grata.

À Prefeitura de Vitória, pela minha liberação com vencimentos de minhas atividades laborais no CAPS AD (CPTT), por cinco meses, para a escrita desta tese, tempo extremamente precioso, executando outra qualidade de atividade laboral de reflexão e pesquisa de práticas de trabalho nesse serviço fundamentais para o retorno a ele, na direção de subsídios para formulações das políticas públicas e terapêuticas de atenção e cuidado para mulheres do município, com problemáticas de uso de álcool e de outras drogas.

A Renato Carlos Vieira, Diretor do CAPS AD (CPTT) no período de minha solicitação para liberação para escrita da tese, mediante os protocolos formais da Prefeitura de Vitória. Muito obrigada pela sua sensibilidade em perceber a importância do tema de pesquisa trabalhado nesta tese, em consonância com a minha prática direta de trabalho nesse serviço, cuja problemática cada vez mais bate à porta, necessitando de terapêuticas específicas para mulheres. Sem a sua liberação eu não poderia escrever esta tese.

À Anelise Nunes Gorza, atual diretora do CAPS AD (CPTT), pela antecipação do meu período de férias de outubro para setembro de 2014, sem objeções, que me permitiu ganhar um pouco mais de tempo para os acabamentos deste trabalho.

À Beatriz Lavor, Carolina Alves Lima, Marcelo Silva Zanotti, Marconi da Conceição Daniel, Nunah Alle Son, Sílvia Louzada Duarte e Victória Bragatto Rangel Pianca, pelo extenso, árduo, paciente, precioso e cuidadoso trabalho de transcrições de todas as fitas (e foram muitas) dos 29 encontros gravados do Grupo de Mulheres. Eu não sei o que teria feito sem vocês. Gratidão.

A Marcelo Silva Zanotti, psicólogo, irmão que a vida me deu generosamente, num encontro de trabalho no CAPS AD (CPTT), pelas inúmeras ajudas que me prestou para este trabalho, por exemplo, conseguindo transcritores das fitas. Também pelas inúmeras interlocuções, entre *sushis* e *sashimis*, que me ajudaram a encontrar *groundings* e direções para esta tese.

A Herbert Farias, pelos irrepetíveis momentos de revisão de texto desta tese.

À Tânia Mara Alves Prates, pela suavidade, ressonância, solidariedade e leveza. Pela força-potência que me imprimiu para esta tese, impulsionando-me, acreditando e apostando na sua concretização.

À Vera Cristina Mendes de Moraes, amiga, psicóloga e parceira cotidiana de estrada e de jornada no CAPSAD/CPTT, na coordenação do Grupo de Mulheres e de várias outras atividades nesse serviço, por não ter impedido

minha pesquisa no grupo. Pelo contrário, sua contribuição e auxílio nas gravações foram essenciais.

Ao meu amigo e escritor, José Arrabal, que me sugeriu ler um romance enquanto escrevia a tese, para me ajudar na escrita deste material. Li alguns...

E ainda quero agradecer à Celina Silva Rasch, Juliana Pesente Kerckoff,² André Falcão, Luana Fornaciari Marochio, Maria Luiza Guidoni Macedo, Kelly Cruz Stein,³ Ana Miriam Costa, Luciana Maria Borges, Maria Helena Vieira do Amaral (Deenda), Márcia Helena Lima Ribeiro, Márcia Gaudio, Glaucia Baptista, Sumaia Salume, Fátima Ferreira, Alcionir Roberty Campana, Catharina Hoffmann, Maria Ângela Moura Rodrigues, Anna Paula de Avelar Britto Lima (Nina), Maria Bernadeth Gama da Conceição, Arlete Cazotti Tragino, Eva Bastos Ferreira, Dorcas de Oliveira Loureiro, Maria da Penha Soares, Virgínia Palmira Batista Piane, Marluce Barbosa Gomes, Erlandi Lopes Costa, Izabel Conceição Mendes, Luzia Viturino Moreira, Erandi Oliveira dos Santos (Ereni), Helena Abreu, Lécio Barbosa de Souza (Baby), Édiron Pinho Carpes, Sandra Mara Chagas, Isabel Madeira de Araújo, Claudia Balesteiro Pepino, Maria Elizabeth Barros de Barros, Luzia Pereira, Marinete Ronconi, Gustavo Modesto Amorim, Luciano Azevedo Alves Machado, Michelly Cristie Gomes de Araújo Souza, Janine Alvarino Fáe, Lucianna Aguilár Freitas, Sandra Maria Motta, Arlene Ribeiro Modenesi, Adriana Liporatti de Albuquerque, Orieta Silvia Dalmonechi, Terezinha Mainardi, Eliana Maria Borges, Ana Lúcia Borges, Claudia Maria Leal Coser, Leila Maria Farias, Andreia Tulli, Cristina Lúcia Fernandes Lemos, Flavia dos Santos Freitas, Luciana Alvarenga, Alana Scanferla Taufner, Edson Sales de Araújo (Edinho), Aldemir Mendes de Moraes (Vovô), Rosana Menezes Marangoni, Fabíola Cristina Dias Batista, Geneilcimar dos Santos Ferreira (Genê), Janine Moscon, Victor Souza Gomes (Vitinho), Maurina Silva, à minha querida Associação do Poste Azul (APAZ) e ao Grupo Solidários. Vocês produziram momentos de suavidade, leveza, inclusão, reflexão e apaziguamento durante o doutorado, dando-me chão e principalmente risadas, expansão, acolhimento e solidariedade.

² Extensivo ao cachorrinho Heschismith.

³ Extensivo à cachorrinha Azeitona.

Para agradecer a Humberto Capai, quero pedir licença a Michel Foucault, que sugere que não nos apropriemos de palavras como nunca, jamais e sempre, por nos aprisionarem, preenchendo-nos de certezas que não nos fazem caminhar, antes nos congelam e cristalizam. Mas provisoriamente aproprio-me da palavra sempre, para dizer a Humberto, meu *sempre* companheiro *sempre*, pela vida que me proporciona de solidariedade, amizade, amor, fidelidade e generosidade. Pelo compartilhar da vida e deste trabalho, agenciando-me todos os dias a tranquilidade de que eu precisava para fazê-lo. Com você eu não me sinto só.

Por último, e nem por isso menos importante, meu agradecimento caloroso, sincero, com lágrimas nos olhos, muito emocionada, peito apertado, não de tristeza, mas de alegria e gratidão imensas às participantes desta pesquisa. Vocês me deram uma tese de doutorado e muito mais. Deram-me narrativas de peito aberto, de um universo vivido de intensas tramas, produzindo para mim um emaranhado de sentidos novos e a abertura para novas compreensões da vida, do que é ser mulher em sua diversidade, para além das produções históricas dos papéis femininos, sem julgamentos. Apenas mais perguntas e indagações sobre esse ser mulher.

Mulheres a quem denominei de flores neste trabalho, para garantia do compromisso ético do anonimato em pesquisa, pois não gosto de números ou letras para falar de gente. Alamanda, Alfazema, Amamélis, Anêmona, Anis, Astromélias, Beladona, Betônica, Bogarim, Bonina, Brovárias, Campânula, Centáurea, Fricisia, Gérbera, Glícinia, Lavanda, Lilás, Maravilha, Medinilas, Miosótis, Nenúfar, Nigella, Pervinca, Prímula, Saudade e Variegada.

Mulheres-flores que me permitiram entrar em seu jardim secreto de emoções, histórias, tropeços, existência. Mulheres-flores, os seus aromas e cheiros estarão sempre presentes, mais do que numa escrita aprisionada em algumas páginas, numa tese encadernada numa estante, eternamente em minha memória, emoção e coração.

A cada linha que escrevi, a cada texto transcrito que li, a cada encontro que fiz com suas vozes nos textos transcritos dos grupos que acompanhei, refleti e encontrei os caminhos para esta tese. Sem vocês, produzindo-me inúmeras inquietações, eu não teria feito este trabalho.

Serei eternamente grata a essas mulheres por terem participado desta pesquisa e por terem me dado mais do que uma tese de doutorado, pois me ensinaram que o jardim da vida, apesar de ter espinhos, tem flores diversas que contêm especificidades, singularidades e, sobretudo, esperança. E, tal qual Fênix, tem a capacidade de se reinventar, renascer e reflorir...

“[...] refresca teu coração. Sofre, sofre, depressa, que é para as alegrias novas poderem vir [...]”.

Guimarães Rosa

RESUMO

Historicamente o consumo de drogas por mulheres foi renegado, escondido por preconceitos e estigmas sociais. Pesquisas e terapêuticas empreendidas para os homens foram impostas às mulheres, desconsiderando-se as suas singularidades. Esta tese procura reduzir esse hiato e lacuna, com o objetivo de analisar os movimentos do cuidado de si por mulheres em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, em Vitória/ES. Utilizando metodologia qualitativa-clínica, com enfoque reichiano e neorreichiano das psicoterapias corporais articulados com os textos da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e afins, o estudo contou com a participação de 27 mulheres. Os dados foram coletados no Grupo de Mulheres, para compreensão dos movimentos do cuidado de si, e foram analisados mediante a técnica da análise temática, enquanto os dados coletados em prontuários para compreensão do projeto terapêutico singular e do uso da rede de serviços foram descritos para identificação das características das mulheres. Os resultados evidenciaram a invenção de movimentos expansivos como o tratamento, a defesa da vida, a reinserção social e a retomada dos papéis femininos; e movimentos de contração como exclusão social, familiar, descrédito na mudança e no tratamento, codependência, riscos e vulnerabilidades pelas mulheres. Conclui-se que os movimentos de expansão reposicionaram as mulheres na relação com a droga e nos demais setores da vida, e que os movimentos de contração reafirmaram a condição de usuárias de drogas, condição que querem ultrapassar quando se dispõem ao cuidado de si.

Palavras-chave: Mulheres. Uso indevido de drogas. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde Mental.

Área: 7.07.00.00-1 Psicologia

Subáreas: 7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica; 7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica e 7.07.10.02-3 Programas de Atendimento Comunitário

ABSTRACT

Historically drug use by women was renegade, hidden prejudices and social stigmas. Research and therapeutic undertaken for men were imposed on women, disregarding their singularities. This thesis aims to reduce that gap and gap, in order to analyze the movements of self-care for women undergoing treatment at the Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs, the Center for Prevention and Treatment of drug addicts in Vitória / ES. Using qualitative-clinical, with Reich's approach and neorreichiano articulated body psychotherapies with the wording of Comprehensive Care Policy on Alcohol and Other Drugs Use and the like, the study included the participation of 27 women. Data were collected at the Women's Group, to understand the movements of self-care, and were analyzed by thematic analysis technique, while data collected from medical records to understand the unique therapeutic project and the use of network services have been described for identification of the women's characteristics. The results showed the invention of expansive movements such as treatment, the defense of life, the social rehabilitation and the resumption of female roles; and contraction movements as social exclusion, family, discrediting the change and treatment, codependency, risks and vulnerabilities by women. We conclude that the expansion moves repositioned women in relation to the drug and in other walks of life, and that the contraction movements reaffirmed the condition of drug users, who want to overcome condition when it come to care for oneself.

Keywords: Women. Drug abuse. Disorders related to substance use. Mental health.

Area: 7.07.00.00-1 Psychology

Subareas: 7.07.10.00-7 Treatment and Psychological Prevention; 7.07.10.01-5 Therapeutic Intervention and 7.07.10.02-3 Community Service Programs

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ACARD – Associação Capixaba de Redução de Danos
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atenção Diária
ADN – Enzima Álcool Desidrogenase
ÁGORA – Centro de Estudos Neorreichianos
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAI – Associação Municipal Assistencial Itabirana
CAD – Centro de Atenção Dia
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CB – Carga Bioenergética
CBT – *Certified Bioenergetic Therapist* ou Certificado de Terapeuta Bioenergético
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CENTRO/POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP – Conselho de Ética em Pesquisa
CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10
CME – Centro Municipal de Especialidades
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSM – Coordenação Nacional de Saúde Mental
CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CREAS/POP – Centro de Referência Especializado em Assistência Social para População em Situação de Rua

CR DST/AIDS – Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CRJ – Centro de Referência da Juventude

DB – Descarga Bioenergética

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EFC – Ensino Fundamental Completo

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

EMC – Ensino Médio Completo

EMI – Ensino Médio Incompleto

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS – Escola Técnica e Formação Profissional do Sistema Único de Saúde

FDA – *Food and Drug Administration*

GAF – Grupo de Atendimento à Família

GSI – Gabinete de Segurança Institucional

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana

HL – Hormônio Luteinizante

HPM – Hospital da Polícia Militar

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IABSP – Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo

IIBA - *International Institute for Bionergetic Analysis*

IBPB – Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IWR – Instituto Wilhelm Reich

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LSD – Ácido Lisérgico

MS – Ministério da Saúde

MNMMSR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas em Situação de Rua

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PA – Pronto-Atendimento
PAA – Programa de Atendimento ao Alcoolista
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAIUAD – Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PRD – Programa de Redução de Danos
PRESTA – Programa de Recuperação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
RM – Relaxamento Mecânico
SAF – Síndrome do Alcoolismo Fetal
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASV – Serviço de Atendimento à Vítima em Situação de Violência
SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMCT – Secretaria Municipal de Cultura e Turismo
SEMESP – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SEMUS – Secretária Municipal de Saúde
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SNC – Sistema Nervoso Central
SOE – Serviço de Orientação ao Exercício
SUS – Sistema Único de Saúde
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM – Tensão Mecânica

TPM – Tensão Pré-Mestrua

UA – Unidade de Acolhimento

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
por Inquérito Telefônico

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO | 21 |
| INTRODUÇÃO | 29 |
| 1 MULHERES, CONSUMO DE DROGAS E ASPECTOS RELACIONADOS | 43 |
| 1.1 PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR MULHERES..... | 51 |
| 1.2 ÁLCOOL, COCAÍNA E CRACK E OS EFEITOS NO CORPO FEMININO..... | 57 |
| 2 SENTIDOS E SIGNIFICADOS DO CONSUMO DE DROGAS POR MULHERES | 62 |
| 3 MULHERES E O CUIDADO DE SI: TRATAMENTO | 68 |
| 4 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO BRASIL | 78 |
| 4.1 ASPECTOS GERAIS..... | 78 |
| 4.2 OS CAPSs AD E O CUIDADO INTEGRAL..... | 85 |
| 4.2.1 O CAPS AD (CPTT) | 88 |
| 4.2.1.1 O CAPS AD (CPTT) e a Singularidade no cuidado: Em Cena, As Mulheres | 92 |
| 5 REICH, NEORREICHIANOS E O CUIDADO DE SI NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS: OLHANDO PELA JANELA TEÓRICA OS MOVIMENTOS DAS FLORES | 97 |
| 5.1 WILHELM REICH (1897-1957)..... | 97 |
| 5.2 OS NEORREICHIANOS..... | 103 |
| 5.3 OS CONCEITOS REICHIANOS E NEORREICHIANOS..... | 109 |
| 5.3.1 Conceitos Reichianos | 109 |
| 5.3.1.1 Energia Orgone | 109 |
| 5.3.1.2 Unidade Funcional | 110 |
| 5.3.1.3 Couraça Caracterial e Couraça Muscular | 111 |
| 5.3.1.3.1 Couraça Caracterial ou Caráter | 111 |
| 5.3.1.3.2 Couraça Muscular | 114 |
| 5.3.1.4 Estase | 117 |
| 5.3.1.5 Autorregulação | 117 |

| | |
|--|------------|
| 5.3.1.6 Curva Orgástica ou Fórmula do Orgasmo..... | 118 |
| 5.3.1.7 Saúde..... | 119 |
| 5.3.1.8 Potência Orgástica..... | 120 |
| 5.3.1.9 Peste Emocional ou Praga Emocional..... | 120 |
| 5.3.2 Conceitos Neorreichianos..... | 121 |
| 5.3.2.1 <i>Grounding</i> | 121 |
| 5.3.2.2 Útero Quente, Útero frio e Ressonância..... | 122 |
| 5.3.2.3 Circulação Libidinal..... | 123 |
| 5.4 FAZENDO PONTES: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS ENTRE O CUIDADO DE SI, CONSUMO DE DROGAS E OS CONCEITOS REICHIANOS E NEORREICHIANOS..... | 123 |
| 6 MÉTODO: CULTIVANDO O JARDIM..... | 126 |
| 6.1 A ENTRADA NO CAMPO: PREPARANDO O TERRENO PARA O JARDIM..... | 127 |
| 6.2 AS MULHERES-FLORES PARTICIPANTES DA PESQUISA: O JARDIM FOI SE MONTANDO POUCO A POUCO... .. | 128 |
| 6.3 CUIDADOS ÉTICOS..... | 129 |
| 6.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: UMA PESQUISADORA-JARDINEIRA PARA “COLHEITA” DAS HISTÓRIAS DAS FLORES..... | 130 |
| 6.4.1 Consulta em Prontuários: O Que Falam das Flores?..... | 130 |
| 6.4.2 O Acompanhamento do Grupo de Mulheres: Flores Conversam no Jardim..... | 131 |
| 6.4.3 Análise dos Dados: As Fragrâncias das Flores se Misturam..... | 135 |
| 7 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO: COLHENDO FLORES..... | 138 |
| 7.1 APRESENTANDO AS FLORES DO JARDIM..... | 138 |
| 7.2 AS MULHERES-FLORES E O PROCESSO DE CUIDADO DE SI NO CAPS AD (CPTT)..... | 151 |
| 7.3 ENTRE CHEIROS, AROMAS E VOZES DAS FLORES..... | 159 |
| 7.3.1 Movimentos de Expansão no Cuidado de Si..... | 161 |
| 7.3.1.1 Tratamento..... | 161 |
| 7.3.1.1.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Cuidado de Si..... | 161 |
| 7.3.1.1.2 Dispositivos Mobilizadores para o Cuidado de Si..... | 170 |
| 7.3.1.1.3 A Chegada para o Cuidado de Si..... | 171 |

| | |
|---|------------|
| 7.3.1.1.4 As Ofertas Terapêuticas no Cuidado de Si..... | 175 |
| 7.3.1.1.4.1 Acolhimento Noturno..... | 175 |
| 7.3.1.1.4.2 A Singularidade na Oferta Terapêutica: O Grupo de Mulheres..... | 179 |
| 7.3.1.1.4.3 “Remedinho” e Medicação..... | 188 |
| 7.3.1.1.5 As Mulheres Avaliam o Cuidado..... | 191 |
| 7.3.1.2 Defesa da vida..... | 193 |
| 7.3.1.2.1 Autoestima..... | 193 |
| 7.3.1.2.2 Na Lógica da Redução de Riscos e Danos..... | 198 |
| 7.3.1.2.3 Limites..... | 205 |
| 7.3.1.3 Inclusão e (Re) Inserção Social..... | 212 |
| 7.3.1.3.1 Aceitação Social..... | 212 |
| 7.3.1.3.2 Acolhimento Familiar Útero Quente..... | 214 |
| 7.3.1.3.3 Uma Casa pra Morar, Recomeçar, e, se Possível, Sonhar..... | 217 |
| 7.3.1.3.4 Nos Caminhos da Fé, Deus, Religião e Igreja..... | 219 |
| 7.3.1.3.5 Outros Usos do Dinheiro..... | 221 |
| 7.3.1.3.6 Solidariedade..... | 223 |
| 7.3.1.3.7 Sobrevivência..... | 224 |
| 7.3.1.3.8 Autonomia..... | 224 |
| 7.3.1.3.9 Emprego e Trabalho..... | 226 |
| 7.3.1.3.10 Ampliação das Redes Relacionais e de Interação Social..... | 229 |
| 7.3.1.3.11 Cidadania..... | 232 |
| 7.3.1.4 Papéis Femininos..... | 234 |
| 7.3.2 Movimentos de Contração no Cuidado de Si..... | 244 |
| 7.3.2.1 Exclusão Social e Familiar..... | 245 |
| 7.3.2.2 Descrédito na Mudança e no Tratamento..... | 251 |
| 7.3.2.3 Codependência..... | 254 |
| 7.3.2.4 Vulnerabilidades e Riscos..... | 256 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: <i>GROUNDINGS</i> A CONSTRUIR E SUSTENTAR..... | 261 |

| | |
|--|-----|
| 9 REFERÊNCIAS | 267 |
| APÊNDICES | 290 |
| APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTOS LIVRE E ESCLARECIDO .. | 291 |
| APÊNDICE 2 – FICHA DO PARTICIPANTE..... | 295 |
| APÊNDICE 3 – QUESTÕES NORTEADORAS PARA O ACOMPANHAMENTO DO GRUPO DE MULHERES..... | 296 |
| ANEXOS | 297 |
| ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 298 |
| ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÉ DE ÉTICA..... | 299 |

APRESENTAÇÃO

Como um profissional da área de Saúde Mental, trabalhando na área clínica da atenção psicossocial, aventura-se pela pesquisa? Por que um profissional de Saúde Mental chega ao doutorado? Talvez para aprofundar questões e dar voz aos sujeitos. Talvez, quem sabe, mais do que pesquisadora, eu seja uma contadora de histórias. Histórias de vida, num conto, que conto num espaço acadêmico para ganhar a forma de pesquisa. Histórias reais e de vida em que, na condição de pesquisadora, tento dar voz a desconhecidas mulheres.

Se pesquisa, conforme indica Minayo (1994), é também espaço da criatividade, invenção, persistência e perseverança do pesquisador, o mote de minha busca de conhecimento é ecoar vozes que inundam o meu cotidiano profissional e que não ouvimos fora dos muros dos serviços. Essas vozes contam histórias (e estórias) de lutas, superações, mas também denunciam o desrespeito e a inobservância de direitos básicos, dentre outros. Na qualidade de psicóloga e pesquisadora, esse é meu compromisso ético: utilizar o espaço da academia para dizer isso.

Este trabalho tem outras pretensões, entre elas que as perspectivas trazidas e apontadas pelas mulheres participantes desta pesquisa se transformem em indicadores para políticas públicas na atenção aos usuários de drogas, especificamente, em dispositivos de cuidados singularizados para mulheres.

A minha tese foi tecida num misto de prosa e texto científico que retrata a história de mulheres que, apesar do problema com as substâncias psicoativas, reinventam suas existências a cada dia. Reinventar-se, recriar-se, revirar-se, não é esse também o cotidiano de técnicos da Saúde Mental e pesquisadores no percurso de “tesear” (tecer a tese), num processo de encontro entre o cotidiano e a ciência, a pesquisa científica, com vistas à melhoria de vida dos sujeitos no mundo?

A riqueza do cotidiano de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), situa-me há quase 19 anos num campo de situações clínicas, como o acolhimento, a condução clínica dos grupos de acolhimento e de acompanhamento e o trabalho em equipe, para citar algumas. Essa diversidade pode ser apreciada na dissertação de mestrado escrita há quase dez anos (RASCH, 2005).

Nesse tempo, seguindo as trilhas dessa “dura clínica”, no sentido de insistência e perseverança, e evitando misturar fases de recaídas sofridas pelos usuários, o pessimismo que atravessa o trabalho cotidiano, refletido em “esse não tem jeito”, “não faz sentido”, fizemos e fazemos uma aposta diária de otimismo na insistência e pulsação da vida a cada instante. Vale a pena insistir nessa “Insistência insistente” que me revitaliza, potencializa-me o ato laboral, faz-me sentir viva e pulsante, em meio às adversidades e desafios.

Nessa trilha, como um facho de luz que invade a pequena fresta, a perspectiva acadêmica do doutorado, de discussão da Saúde Mental dos profissionais de Psicologia na Atenção Básica, enriquecia uma mente borbulhante, cheia de perguntas, dúvidas e inquietações frente ao matriciamento ou apoio matricial do CAPS AD (CPTT) nessa atenção, novo para todos os profissionais desse serviço, convocados a trocas e trabalhos em rede mais ampliados e potentes.

O trabalho na função de matriciadora do CAPS AD (CPTT) junto às Unidades de Saúde (USs) do município me inquietou na medida em que eu percebia o turbilhão de coisas, atendimentos, questões, pressões em que os colegas dessa atenção estavam e estão atolados. Uma pergunta se sobressaía: como garantir a nossa saúde mental num trabalho que temos que cuidar do outro? Esse ponto me levou ao doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na linha de pesquisa Psicologia Social e Saúde. E então, mergulhei na Saúde do Trabalhador, esboçando ideias e escritos nesse caminho (RASCH, 2009; RASCH; ANDRADE, 2011a; RASCH; ANDRADE, 2011b).

Todavia, no percurso das disciplinas e numa delas, especificamente, uma professora,⁴ com a sabedoria analítica das perguntas simples, tocou-me profundamente, atravessando-me com uma flecha de inquietação e dissipando minha angústia frente a essa questão da Saúde Mental do trabalhador. E ali pude compreender que a questão que me fez caminhar em direção ao doutorado era uma pergunta feita igualmente a mim mesma, na qualidade de profissional de Saúde Mental, questão de que pouco a pouco fui me dando conta, construindo linhas de fuga, espaços de troca profissional, e, portanto, elaborando a inquietação, dispensando a necessidade de transformar isso num problema de pesquisa.

E então, com a anuência de minha orientadora, atenta ao movimento e ao fluxo de minha expressão acadêmica laboral, desviamos a rota para uma trajetória que me permitiu “retomar” e me reconectar com o meu percurso profissional na atenção aos usuários de álcool e de outras drogas no CAPS AD. A diversidade do meu aprendizado, o conhecimento e as inquietações nessa clínica novamente se descortinaram diante de mim.

E então escolhi como tema de minha tese mulheres e o consumo de drogas, por estar há algum tempo em parceria com outra colega psicóloga,⁵ à frente da coordenação de um grupo exclusivo para mulheres, sendo somente essa e os três leitos femininos para o acolhimento noturno, as duas ofertas terapêuticas específicas para as usuárias nesse serviço. Na condução desse dispositivo de cuidado, novas questões me inquietaram: por que mulheres usaram e usam drogas? E por que não as usariam, se a droga sempre esteve presente na história da humanidade?

Quais os tipos de droga que as mulheres usam? As lícitas? As ilícitas? Qual a função que o uso de droga nocivo ou dependente cumpre em suas vidas? O que faz as mulheres buscarem o prazer momentâneo da droga? Como essas

⁴ Professora Luziane Zacché Avellar, na disciplina Seminário de Pesquisa em Psicologia e Saúde I, com quem tive a felicidade de contar no término desta tese. De certa forma, parecia que esse reencontro já estava escrito.

⁵ A minha parceira de trabalho e psicóloga Vera Cristina Mendes de Moraes.

mulheres cuidam de si? Considera-se aqui o cuidado num sentido muito mais amplo do que somente estar num ambiente de tratamento para saúde, o cuidado ganhando força e dimensão em diversos campos da vida. Como elas desempenham papéis e funções historicamente designados à mulher – mãe, cuidadora, trabalhadora e mulher? Como cuidam dessas atribuições, permeadas pela vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas? O que as mobiliza a buscar o cuidado de si num equipamento de Saúde Mental do tipo CAPS AD? O que o cuidado de si modifica em suas vidas?

Dentre essas inúmeras indagações, preferimos mulheres e o cuidado de si como foco de nosso estudo. Nesse sentido, investigamos como as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas cuidam de si e que movimentos utilizam nesse cuidado para a reinvenção de suas vidas.

Imbuída desse propósito, recorri à minha caixa de ferramentas conceitual, que me acompanha em minha condição de psicóloga clínica na atenção psicossocial, para escrever esta tese, com base em janelas teóricas e conceituais pelas quais olhamos e compreendemos o cuidado de si das mulheres, quais sejam, o campo conceitual reichiano e neorreichiano, ferramentas clínicas por mim escolhidas ao longo do meu processo contínuo de formação profissional e os textos da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas (PAIUAD), do Ministério da Saúde (MS).

A concretização de minha formação profissional, nesse campo, deu-se em Psicoterapia Corporal, pelo Centro de Estudos Neorreichianos de São Paulo (Àgora), turma Vitória, e igualmente na formação em Análise Bioenergética, obtendo o *Certified Bioenergetic Therapist* ou Certificado de Terapeuta Bioenergético (CBT), pelo Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo (IABSP), turma Vitória/ES, instituto esse filiado ao *International Institute for Bioenergetic Analysis* (IIBA).

O pensamento reichiano foi um dos bons encontros que fiz na vida, pois me levou à percepção de que o corpo não é somente um aparato biológico, mas, sim, um corpo que é político-sexual-histórico-social-cultural. É assim que esse

campo de conhecimento consolida-se em minha vida pessoal e profissional, após o breve contato com essa perspectiva ainda em minha graduação em Psicologia, na UFES, quando já me indagava qual direção profissional seguir diante a diversidade da Psicologia. Compreendia que, além da linguagem falada, existiam outras formas de expressão nas quais a palavra não se apropriava amplamente.

Proponho-me, portanto, o desafio de estabelecer um diálogo conceitual entre a atenção psicossocial na área de álcool e outras drogas e o campo das psicoterapias corporais reichianas e neorreichianas para a compreensão do cuidado de si das mulheres que chegam ao CAPS AD (CPTT), principalmente pelo uso de álcool, cocaína e sua variante, o *crack*.

O estudo compreende a seguinte organização: a “Introdução” destaca os aspectos da escassez de estudos e pesquisas dirigidos às mulheres e à sobreposição por elas sofrida dos estudos e pesquisas voltados aos homens em programas terapêuticos de cuidado e atenção à dependência de substâncias psicoativas, sem consideração das singularidades femininas. E também o que essa sobreposição acarretou para a atenção às mulheres.

O capítulo 1, “Mulheres, consumo de drogas e aspectos relacionados”, apresenta a relação de consumo de substâncias psicoativas por mulheres mediante dados epidemiológicos, para demonstrar a dimensão dessa problemática em números e destacar alguns aspectos relacionados à suscetibilidade desse consumo na singularidade do feminino, como aspectos referentes à violência, risco, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), bem como a maternidade, dentre outros. Destaca também as interferências e os comprometimentos do consumo de uso nocivo e dependente das substâncias com ênfase no álcool, cocaína e sua variável *crack*, considerando a vulnerabilidade do corpo feminino a substâncias psicoativas.

O capítulo 2, “Sentidos e significados do consumo de drogas por mulheres”, expõe o sentido do uso de substâncias psicoativas pelas mulheres, com base

em alguns autores, considerando os significados que mulheres agregam a esse processo, visando à compreensão, sob o ponto de vista feminino.

O capítulo 3, “Mulheres e o cuidado de si: tratamento” evidencia os motivos que levam as mulheres usuárias de substâncias psicoativas à procura de espaço de cuidado e os indicativos necessários para a atenção singularizada às mulheres nesse ambiente, com atenção, acolhimento e tratamento vinculados às demandas e às necessidades femininas.

O capítulo 4, “Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas no Brasil”, destaca brevemente os princípios da PAIUAD, no Brasil, assim como a expansão e os avanços do trabalho, nessa atenção, expresso pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase no CAPS AD. Nesse capítulo situamos o trabalho do CAPS AD (CPTT), local de nosso estudo, no qual se encontra o Grupo de Mulheres, como uma das ofertas terapêuticas nesse equipamento de Saúde Mental, motivo pelo qual realizamos nosso estudo nesse serviço.

O capítulo 5, “Reich, neorreichianos e o cuidado de si na atenção aos usuários uso de drogas: olhando pela janela teórica o movimento das flores”, dedica-se ao referencial teórico escolhido para execução desta pesquisa, a saber, o reichiano e neorreichiano, com a ousadia de estabelecer pontes entre esse referencial, o cuidado de si e o consumo de drogas, visando a compreensão do cuidado de si pelas mulheres na reinvenção de suas vidas. Embora nossa inserção no campo das psicoterapias corporais seja a de base neorreichiana da Análise Bioenergética, além dessa escola, decidimos pela utilização tanto dos conceitos reichianos quanto de outros conceitos neorreichianos das escolas da Biodinâmica e Biossíntese, pois essas escolas trazem conceitos adequados para esse estudo.

O capítulo 6, “Método: cultivando o jardim”, expõe a trajetória desta pesquisa e os seus respectivos procedimentos metodológicos para sua efetivação, tanto quanto todo o andamento burocrático-institucional para o estudo no campo escolhido.

O capítulo 7, “Resultados: colhendo flores” compartilha os resultados, a análise e a discussão dos dados, a que chegamos nesta pesquisa, dividindo-se em dois momentos: no primeiro, apresentamos os achados dos dados coletados nos prontuários (fontes secundárias) para indicação das características sociodemográficas, do consumo de substâncias psicoativas e do processo de tratamento das participantes na instituição; no segundo, destacamos os achados do grande encontro proporcionado por esta pesquisa, ou seja, os relatos das mulheres (fontes primárias) no acompanhamento grupal, no qual se encontram expostos os movimentos de cuidado de si, tanto de expansão quanto de contração, para a reinvenção da vida por essas mulheres.

O capítulo 8, “Considerações finais: *groundings* a construir e sustentar” contempla as nossas considerações sobre a pesquisa, enfatizando a importância de cada vez mais produzirem-se estudos e pesquisas que subsidiem as políticas públicas para um cuidado singularizado das mulheres nessa atenção.

Nesta tese, as mulheres foram denominadas flores, para garantia do compromisso ético do anonimato em pesquisa: Alamanda, Alfazema, Amamélis, Anêmona, Anis, Astromélias, Beladona, Betônica, Bogarim, Bonina, Brovárias, Campânula, Centáurea, Fricisia, Gérbera, Glícinia, Lavanda, Lilás, Maravilha, Medinilas, Miosótis, Nenúfar, Nigella, Pervinca, Prímula, Saudade e Variegada.

Nesta tese a nomeação “flores” está muito além do estereótipo de mulher frágil. Ela contém um jardim secreto de emoções, de histórias, repleto de dureza, de tropeços, de terrenos às vezes sem alimento, nutrindo-se de substâncias psicoativas que não expandem a vida para outros pólos, limitando-se a uma relação de dependência.

Porém, essas mulheres, como flores, também têm, apesar dos espinhos, leveza, suavidades, aromas, cheiros que, em sua mistura de histórias, constituíram-se em dados que, articulados, compuseram o jardim desta tese. E, por ser o Grupo de Mulheres um dos espaços de coleta de dados deste estudo,

nós o articulamos com a ideia de jardim... Por isso, flores conversam no jardim...

É esse o sentido do jardim desta tese... O jardim dessas mulheres... Jardim da vida... Que, a cada primavera cotidiana, faz as flores pulsarem novamente, tais quais essas mulheres, quando procuram uma instância, um espaço de Saúde Mental para cuidarem de si, como o CAPS AD, espaço que se propõe auxiliar sujeitos em sofrimento psíquico a reconstruírem a história e a vida, na direção da reinserção social e da cidadania.

É preciso estar preparado para o encontro, no sentido expansivo, potente e afirmativo, com outras possibilidades de ser mãe, mulher, companheira, trabalhadora e amante. Para tanto, convidamos o leitor a dotar-se de uma cadeira confortável e sentar-se nesse jardim, dispondo-se ao encontro com flores de outros cheiros e formas, e que nem por isso deixam de serem flores. Apenas o seu jardim foi regado de outras formas.

Permita-se apreciar os aromas e fragrâncias do jardim dessas mulheres-flores...

INTRODUÇÃO

Historicamente, o padrão de uso de substâncias psicoativas entre as mulheres e a interpretação social dada a esse fenômeno têm variado, o que acarreta impactos nas atitudes frente a esse uso, na disponibilização de programas e na resposta ao tratamento (UNODC, 2004).

Segundo Hochgraf e Brasiliano (2006), a quase inexistência de programas exclusivos para mulheres pode ser explicada tanto pelo estigma social da mulher e usuária de drogas quanto pela incipiência de capacitação de equipes da Atenção Básica de saúde, com vistas ao estabelecimento de um diagnóstico apropriado para as diversas queixas quanto à saúde física.

Além disso, a ausência de atendimento específico para mulheres pode igualmente ser entendida pelo descaso ou constrangimento familiar por ter uma usuária na família, além de o companheiro igualmente ser usuário. Esses fatores podem explicar o fato de as mulheres não colaborarem com pesquisas ou procurarem espaços de tratamento especializados (ZILBERMAN *et al.*, 2003; HOCHGRAF; ANDRADE, 2004; WOLLE; ZILBERMAN; 2011).

Socialmente, mulheres dependentes de álcool e de outras drogas sofrem intensos estigmas, quando comparadas aos homens, em função do papel social que desempenham, como, por exemplo, o de mãe, o que acarreta sofrimento, vergonha e culpabilização (BLUME, 1986; BRIENZA; STEIN, 2002; PASSEY *et al.*, 2007).

Green *et al.* (2002) frisam que esse estigma social e o uso de substâncias psicoativas por mulheres geram conflitos entre o papel feminino e o tipo de problema para o qual procuram tratamento (HOCHGRAF, 1995; ZILBERMAN, 1998).

Segundo Hochgraf (1995), Stein e Cyr (1997), Wolle e Zilberman (2011), as mulheres enfrentam ainda outras barreiras na busca de tratamento, tais como:

não ter com quem deixar os filhos e temerem perder sua guarda, se admitirem o problema.

Para Tuchman (2010), uma das razões apontadas para explicar essa escassez de pesquisas é a menor prevalência na dependência de substâncias psicoativas entre mulheres, comparativamente aos homens.

O estigma, o preconceito e a menor prevalência do consumo de substâncias psicoativas acarretaram limitações à compreensão da dependência de mulheres e das complicações clínicas desse processo para a saúde (BLUME, 1986; ANTHONY; HELZER, 1991; KESSLER *et al.*, 1994; BRIENZA; STEIN, 2002; PASSEY *et al.*, 2007).

Durante décadas a dependência feminina foi avaliada como mais grave do que a masculina. E ideias foram formadas a respeito das mulheres alcoolistas, por exemplo, criarem menos vínculos, evoluírem mal e terem pior prognóstico do que os homens. Esses fatores contribuíram para uma limitação de estudos a respeito de mulheres nessa situação. A consequência principal foi a ênfase dos padrões de uso de substâncias psicoativas pelos homens como normatização para a compreensão dos problemas apresentados pelas mulheres (HOCHGRAF, 1995; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Refletir, então, sobre a mulher no mundo atual, bem como sobre sua relação com o consumo de substâncias psicoativas e especificamente sobre o cuidado de si e espaços de cuidado para as mulheres que vivenciam o uso nocivo ou dependente⁶ dessas substâncias remete-nos à lembrança da condição histórica da mulher na sociedade e de suas diferentes funções sociais (mãe, mulher,

⁶ A Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) será usada como referência para esta tese, pois é a classificação utilizada pela saúde pública brasileira. O **uso nocivo** da substância psicoativa refere-se ao uso que contribuiu para o dano físico ou psicológico, incluindo o comprometimento do julgamento, com padrão persistente de pelo menos um mês ou repetições de uso dentro de um período de 12 meses. A **dependência** refere-se ao uso contínuo (sempre) ou periódico (frequentemente), sem controle e aparece como **física**, (síndrome de abstinência, sintomas da ausência do produto) e **psicológica**, mal-estar e desconforto com interrupção do consumo, sendo os sintomas comuns ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, que podem variar de pessoa para pessoa (OMS, 1993).

trabalhadora, cuidadora). Funções essas que foram se modificando ao longo do desenvolvimento social, uma vez que a história e a vida das mulheres permearam-se de um “não lugar”, um “não ser”, associando-se à preponderância dos homens, ou seja, a uma postura masculina e dominadora em relação ao papel feminino, restrito à esfera doméstica (STOLHER, 1978; PEDRO, 2005; NICHOLSON, 2008).

Rago (1997) pontua que a mulher esteve confinada ao espaço da vida privada, envolvida no cuidado com o lar, na educação dos filhos, na atenção ao marido, ocupada demais para ser percebida pela história, estando a vida fora de casa no domínio quase exclusivo dos homens. Ainda para essa autora, a política feminista dos anos 60 do século passado foi o ponto de partida para a mudança desse paradigma quando as participantes desse movimento solicitaram o aparecimento de uma história na qual constasse a atuação e a luta da mulher na sociedade. Essas militantes batalhavam para que a opressão vivenciada pelas mulheres fosse apontada pela história.

Ponderemos a ocorrência dessa opressão na relação entre as mulheres e o consumo de substâncias psicoativas, pois estudos e pesquisas sempre se destinaram aos homens, como se a mulher não consumisse essas substâncias. Esse fato é evidenciado ao se perceber a carência de pesquisas para caracterização das mulheres e da dependência (HODGINS; EL-GUEBALLY; ADDINGTON, 1997; STEIN; CYR, 1997; ZILBERMAN, 1998).

Além disso, tais estudos e pesquisas foram utilizados como subsídios para programas terapêuticos sem consideração ou ponderação das singularidades do feminino, pois os programas construídos e aplicados a homens foram impostos às mulheres sem considerar as diferenças entre os sexos nos aspectos fisiológicos, psicológicos ou sociais (SWIFTH; COPELAND; HALL, 1996; HODIGINS; EL-GUEBALY; ADDINGTON, 1997).

Segundo Toneatto, Sobell e Sobell (1992) e Roos *et al.* (1998), entre 1970 e 1984, os estudos sobre alcoolismo destacavam que somente 8% dos sujeitos eram mulheres e, entre 1984 e 1989, apenas 25 estudos sobre dependência

relatavam diferenças entre os sexos. Embora esse número tenha aumentado nos anos posteriores, na maioria das pesquisas a análise dos dados das mulheres era feita em conjunto com a dos homens.

Esse aspecto só se descerra, segundo Zilberman (1998), mediante investigações científicas para a busca de tratamentos eficazes e delimitação da dependência feminina, nos anos 80 do século passado. Esse acontecimento fez emergir, nos movimentos feministas americanos, a defesa da criação de programas terapêuticos que considerassem as prioridades femininas.

Considerando que os estudos nessa área focavam, sobretudo, os homens, e, por conseguinte as mulheres apareciam com baixa prevalência nesse consumo, pois não eram consideradas suas necessidades nesse campo, menos estudos e pesquisas sobre dependência feminina ocorreram, enquanto crescia o número de estudos equivalentes a respeito dos homens, que equivocadamente se sobrepuseram às mulheres (HOCHGRAF, 1995; STEIN; CYR, 1997; HODIGINS; EL-GUEBALY; ADDINGTON, 1997).

E, por conseguinte, os programas terapêuticos para mulheres igualmente foram desenhados e esboçados com características masculinas, sem garantias da escuta e particularidades do feminino, como aspectos psicológicos, sociais e fisiológicos (SWIFT; COPELAND; HALL, 1998; HODGINS; EL-GUEBALLY; ADDINGTON, 1997).

O uso problemático de substâncias psicoativas como padrão de comportamento sobretudo masculino acarretou consequências delicadas no estudo das relações entre as influências do gênero e a questão das substâncias psicoativas. Como exemplo, cite-se a inexistência de estudos relativos às singularidades femininas (WILSNACK *et al.*, 2000). Segundo Blume (1986), o estudo metódico da dependência feminina é praticamente um campo recente, bem como as abordagens terapêuticas que trabalham e acolhem as necessidades das mulheres.

Essa sobreposição não considerou aspectos diferenciais significativos entre homens e mulheres no tocante à relação com as substâncias psicoativas: iniciação do uso de drogas, relação de dependência estabelecida com a substância utilizada, as influências para o consumo e aspectos relacionados ao tratamento (GRELLA, 2008).

As mulheres tendem a iniciar o consumo de substâncias psicoativas mais tarde do que os homens, avançando velozmente, todavia, para um quadro de dependência. Além disso, homens e mulheres vivenciam influências sociais distintas no início do consumo da substância. Enquanto as mulheres o associam ao contexto das relações interpessoais e sexuais, os homens o vinculam à influência de amigos e ao fato de terem experimentado a droga. Outro destaque nessa diferenciação de gêneros evidencia-se no começo do tratamento, incluindo influências sociais que podem favorecer ou prejudicar não só a entrada como o encaminhamento à terapia. As mulheres tendem a ingressar no tratamento pela Saúde Mental e o uso de substâncias e a participação no tratamento acontece de forma distinta entre homens e mulheres (GRELLA, 2008).

Assim, a lacuna nas pesquisas pode estar relacionada, dentre inúmeros fatores, à pequena procura das mulheres por tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Green *et al.* (2002) advertem sobre essa pequena procura, pois difere do hábito feminino de procurar com mais frequência os serviços de saúde do que os homens. Essa dificuldade vincula-se às múltiplas barreiras com que as dependentes defrontam-se para ter acesso ao tratamento, que consistem em dificuldades financeiras, responsabilidade com o cuidado dos filhos e pouco apoio do meio ao qual pertencem (ARFKEN, *et al.*, 2001; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Por esses fatores, tanto os programas quanto os estudos e pesquisas dedicados ao feminino são incipientes, sobretudo sobre a efetividade de programas específicos para mulheres (ASHLEY; MARSDEN; BRADY, 2003; KASKUTAS *et al.*, 2005). Essa incipiência novamente pode ser verificada quando se investiga a abordagem da dependência de mulheres atrelada às

comorbidades psiquiátricas (DRAKE *et al.*, 2004; KAY-LAMBKIN; BAKER; LEWIN, 2004; WAGNER *et al.*, 2004; LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2003; ROMANO, 2003; MARQUES, 2003; ALVES; SOARES, 2003; ABELARDINO, 2003; ZALESKILN, 2003; KESSLER, 2003; BRASILIANO; NICASTRI; HOCHFRAF, 2003; GIGLIOTTI; LEMOS, 2003).

Apesar de insuficiente, Chander e McCaul (2003) destacam a importância da observação clínica da comorbidade entre os transtornos psiquiátricos e o uso substâncias psicoativas, principalmente em mulheres. Esses autores destacam que mulheres com transtornos afetivos e de ansiedade são mais suscetíveis à apresentação de abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Porém, o estudo e o tratamento dessas comorbidades relacionadas ao uso de quaisquer substâncias psicoativas são fundamentais, principalmente na condução do tratamento da mulher, pois:

Na presença de mais de um transtorno diagnosticado, como, por exemplo, depressão como transtorno primário e dependência de álcool como secundário, o tratamento deve focar ambos de forma intensiva. A paciente deve ser acompanhada de forma sistemática para o caso de recorrência dos sintomas depressivos enquanto estiver se abstendo de beber. Quando a depressão é secundária ao uso de substâncias, os sintomas depressivos tendem a remitir espontaneamente com a cessação do uso (WOOLE; ZILBERMAN, 2011, p. 379).

Green (2006) salienta que as mulheres potencialmente enfrentam mais obstáculos do que os homens para acesso ao tratamento de abuso de substâncias e são menos propensas a procurar tratamento. As mulheres também tendem a buscar atendimento em contextos de Saúde Mental ou de cuidados primários na Atenção Básica e não em programas de tratamento especializado, que apresentam resultados empobrecidos.

Os estudos e pesquisas pouco descrevem as diferenças entre a atuação das drogas no organismo feminino e masculino e pouco discutem as necessidades de cada gênero, como, por exemplo, acerca as demandas médicas e da vida social específica das mulheres. Se a singularidade feminina não é considerada na prática dos programas terapêuticos para ambos os sexos, ou seja, mistos,

evidenciam-se hiatos, equívocos e lacunas, não se acatando as necessidades femininas, uma vez que os interesses masculinos comumente se sobressaem, passando-se ao largo das questões e temas específicos das mulheres (UNODC, 2004; NIDA, 2012).

Um exemplo prático desse aspecto é que tanto o consumo de substâncias psicoativas quanto o diagnóstico desse consumo nas mulheres são ignorados em serviços de saúde (BLUME, 1990; SPAK, 1996; GRELLA; JOSHI, 1999). De acordo com Hochgraf (1995) e Battjes, Onken e Delany (1999), o relato das queixas das mulheres não trazendo de forma direta a relação com o consumo de substâncias psicoativas nos serviços de saúde dificulta o diagnóstico, bem como a insuficiência de formação específica para as equipes da Atenção Básica de saúde, o que se torna um agravante do problema.

Em contrapartida, quando se chega ao diagnóstico, o acolhimento⁷ não é verdadeiramente acolhedor e raramente se dispõe de serviços especializados para mulheres, ocasionado dificuldades na orientação e no encaminhamento das usuárias dos serviços. Por conseguinte, essas mulheres procuram o cuidado de si, mediante os tratamentos em proporções bem menores àquelas aguardadas pelos estudos de prevalência. Por isso, ou seja, por não comparecerem aos locais de tratamento, isso acaba gerando o equívoco de que não são representativas ou que não tenham necessidades nessa atenção e cuidado ao uso de substâncias psicoativas (BLUME, 1986; HOCHGRAF; ANDRADE, 2004).

Atualmente, já não existem dúvidas de que, por um longo tempo, a dependência feminina foi um fenômeno escondido na maioria dos países (UNODC, 2011b), apesar de os dados epidemiológicos tanto no mundo

⁷ Compreendemos por acolhimento, nos serviços de saúde, um processo de relações humanas, de vínculo e contato entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços, com a preocupação da escuta dos usuários, visando à oferta de uma resposta aos seus problemas de saúde. Acolher e vincular-se representa proximidade nas relações que geram sensibilização com o sofrimento do outro e possibilidades de intervenção menos burocráticas ou impessoais (BRASIL, 2004a).

(UNODC, 2014; WHO, 2014) quanto no Brasil (CEBRID, 2006; LARANJEIRA *et. al*, 2014) evidenciam ainda uma predominância masculina no uso nocivo e dependente da maioria das substâncias psicoativas, com exceção, em alguns países, dos medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos).

Ou seja, apesar de os dados epidemiológicos internacionais mostrarem que as mulheres têm menos probabilidade de consumo de drogas ilícitas que os homens, elas tendem mais a usar medicamentos, como, por exemplo, os benzodiazepínicos (UNODC, 2014).

No Brasil, merecem destaque os dados apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), quando apontou que as mulheres estão bebendo mais e na forma de *binge*, ou seja, ingerindo a cada duas horas quatro unidades ou mais de bebida alcóolica, enquanto os homens ingerem cinco unidades ou mais de bebida alcóolica nesse mesmo período de tempo. E mais: mulheres e, notadamente, as mais jovens, são a população em maior risco, com maiores índices de aumento de consumo de álcool entre 2006 e 2012, e bebendo de forma mais nociva (LARANJEIRA *et. al*, 2014).

Considerando esses dados epidemiológicos e dando visibilidade ao aumento do comparecimento das mulheres aos serviços de saúde, ainda mistos, na atenção e no cuidado de consumidores de substâncias psicoativas, destacamos o CAPS AD (CPTT) para o retrato de uma realidade próxima e local. Esse serviço acolheu e atendeu 47 mulheres na modalidade permanência 24 horas, em leito, no período de junho de 2013 a fevereiro de 2014, ou seja, uma média de cinco mulheres por mês, ao longo de nove meses, a maioria delas usuárias de *crack* (VITÓRIA, 2014).

Essa realidade reafirma a necessidade de estudos capazes de focar e destacar as diferenças e peculiaridades entre as mulheres, em detrimento de estudos comparativos das particularidades e diferenças de tratamento entre homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006; OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007; ASSIS; CASTRO, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2012).

Segundo Ashley, Marsden, Brady (2003) e UNODC (2004; 2011a), os programas que atendem as demandas e necessidades femininas diminuem as barreiras comumente encontradas nos serviços mistos. Quando as mulheres são ouvidas em suas necessidades para o cuidado e atenção nessa temática, criam-se e desenvolvem-se programas de tratamento para o acolhimento com ofertas terapêuticas adequadas (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; UNODC, 2004; KASKUTAS *et al.*, 2005).

Ao se discorrer sobre o consumo de drogas por mulheres, temos que atentar às singularidades e especificidades desse consumo, já que a inserção social feminina é diferente da masculina, por causa das diferentes atribuições. Essa sobreposição ainda ocorre, daí a extrema importância da compreensão das necessidades e especificidades das mulheres, no aspecto do cuidado e tratamento de problemas (BLUME, 1990; DAVIS, 1994; SWIFT; COPELAND; HALL, 1998; HODGINS; EL-GUEBALLY; ADDINGTON, 1997; STEIN; CYR, 1997).

O alcoolismo da mulher tem singularidades e urge a compreensão dessas diferenças para a atenção específica, pois o estigma e o preconceito social ocorrem em duplicidade, por se tratar de mulheres e de substância psicoativa, no caso o álcool (ZAMPIERI; DALBEN; SIMÃO, 2008). Essa reflexão também é válida para a relação da mulher com as demais substâncias.

Estudos internacionais apontam que as mulheres podem se tornar dependentes mais rapidamente de inúmeras substâncias ilícitas, podendo mesmo se envolver em mais comportamentos de risco, como o ligado ao *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Além disso, elas têm maiores taxas de mortalidade se injetarem drogas (UNODC, 2011b).

Citando um desses estudos, Tuchman (2010) reafirma que o uso de substâncias psicoativas foi considerado essencialmente um problema do sexo masculino, e em muitos estudos sobre o abuso dessas substâncias predominam participantes do sexo masculino. No entanto, uma pesquisa

recente da toxicodependência indica diferenças significativas de gênero na epidemiologia relacionada com a substância, como as características e fatores sociais, as respostas biológicas, as progressões para a dependência, as consequências para a saúde, os transtornos psiquiátricos concomitantes (comorbidades) e as barreiras para entrada, vinculação e adesão ao tratamento.

Para esse mesmo autor, os comportamentos de risco relacionados ao sexo apontam maior vulnerabilidade das mulheres do que dos homens ao vírus HIV, possivelmente pelo estabelecimento de alguns comportamentos, por exemplo, como o uso do *crack*, ao se evidenciar a possibilidade da troca do sexo pela droga ou o alto risco do compartilhamento do cachimbo (CEBRID, 2004).

Os estudos nacionais nessa área retratam, por exemplo, a relação entre drogas e violência, visando à identificação da prevalência de violência sexual, física e psicológica contra a mulher, bem como a relação desse fenômeno com o uso de álcool e drogas ilícitas pelo parceiro íntimo perpetrador da violência, além do consumo de álcool, drogas ilícitas e medicação entre as mulheres (SILVA, 2008).

O trabalho de Bittar (2010), ainda na temática violência intrafamiliar, procurou vincular o uso de álcool e outros à violência contra os filhos, tendo por base seu contexto histórico e social, a fim de entender suas ambiguidades e os motivos da agressão.

A adesão ao tratamento foi trabalhada por Ribeiro (2009), mediante um estudo clínico-qualitativo, no qual buscou as significações psicológicas da adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, levando em conta as vivências dessas usuárias no serviço de atendimento em relação à própria vinculação com a droga.

Cruz (2012) e Fertig (2013) investigaram estritamente histórias de mulheres usuárias de *crack* para conhecer as trajetórias e vivências dessas mulheres no consumo dessa substância. Por outro lado, também considerando discursos e

histórias de vida, Webster (2009) estudou o consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres para a aproximação com o discurso construcionista social.

Oliveira (2001) pesquisou as representações sobre AIDS de mulheres usuárias de drogas para a identificação de situações de vulnerabilidade à AIDS decorrente da drogadicção feminina. Ainda na temática sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/AIDS e drogas, a pesquisa-ação de Giordani (2000) investiga problemas referentes a esses temas com detentas.

A pesquisa de Gomes (2010) evidenciou a investigação dos processos psíquicos relacionados à produção de sintomas em dependentes químicas, mediante os discursos produzidos em uma situação grupal. Outros estudos como o de Vieira (2014) investigaram a teoria da mente em mulheres dependentes de cocaína.

Araújo (2010) deteve-se na investigação da influência das relações familiares atuais e transgeracionais no consumo de álcool e outras drogas e no tratamento de mulheres de um programa público de estudos e atenção a usuários de álcool e drogas. Contemplando ainda a família, Gimba (2013) analisou a relação entre usuárias de *crack*, relações familiares e vulnerabilidades.

Observa-se, portanto, que os focos desses estudos apontam para outras direções e não se concentram nos movimentos de cuidado de si praticados pelas mulheres para a retomada de si no processo de tratamento.

Consideramos cuidado em Saúde Mental não somente a minimização de interações ou controle de sintomas, mas o cuidado cotidiano, envolvendo aspectos sociais, pessoais, emocionais e financeiros relacionados ao “adoecimento” (BRASIL, 2007; FUREGATO, 2009; CARDOSO; GALERA, 2011), tratando-se aqui, em particular, da relação nociva ou dependente com a substância psicoativa.

Nessa perspectiva, o cuidado da mulher tem que se dar em posição e dimensão ampliadoras da produção de saúde. Não há como refletir sobre o “problema-droga” sem pensar na produção de saúde-doença, numa dimensão biopsicossocial da saúde, pois a produção de saúde requer a interação de diferentes determinantes (ESCOREL, 1998).

Providos desse propósito, esta tese congrega as concepções da PAIUAD, no Brasil (BRASIL, 2003) e dos referenciais teóricos da prática clínica reichiana (REICH, 1986; REICH, 2001); e neorreichiana (LOWEN, 1982; BOADELLA, 1992; BOYESEN, 1986), campo de nossa formação profissional, ferramentas de trabalho que usamos no universo de trabalho no CAPS AD (CPTT).

Mediante alguns conceitos do referencial teórico reichiano e neorreichiano que aqui utilizaremos, aprofundando-os no capítulo concernente ao referencial teórico, empreenderemos uma compreensão do cuidado de si sob essa ótica. Ou seja, ousamos arriscar uma articulação entre os conceitos reichianos e neorreichianos com o cuidado de si e o consumo de drogas, inferindo que o consumo nocivo e dependente de substâncias psicoativas parece indicar uma couraça caracterial (REICH, 1986; 2001a) para o estar no mundo, necessitando-se dos dispositivos de uma couraça muscular (REICH, 1986; 2001a) como forma de sobrevivência, para exercer tanto a vivência no campo micro quanto macrossocial.

O cuidado de si, ao ser vislumbrado nessa perspectiva conceitual, pode indicar a possibilidade de sair desses lugares engessados, limitadores, encouraçados, visando à autorregulação (REICH, 1986; 2001; DADOUN, 1991), no ensejo de achar o ponto pulsante da vida que ficou em estase (REICH, 1986) e paralisou-se, para resgatar a potência orgástica (REICH, 1986), com vistas aos sujeitos responsabilizarem-se pelos seus atos num contato consigo na invenção de autonomia e ações, e principalmente, numa compreensão de saúde como capacidade de oscilar ritmicamente entre a contração e a expansão no corpo e na vida (REICH, 1986; 2001).

Portanto, orientados por essa concepção de cuidado de si, dispusemo-nos a analisar os movimentos do cuidado de si por mulheres em tratamento num dispositivo de Saúde Mental, no caso, o CAPS AD (CPTT), na reinvenção de suas vidas.

Nossa opção nesta tese será destacar especificamente duas substâncias, álcool e cocaína – e sua variável *crack* – por serem as mais consumidas pelas mulheres atendidas no CAPS AD (CPTT). Essa decisão ganhou força, sobretudo no momento de nossa inserção no campo para coleta dos dados, tanto em prontuários, quanto na escuta das mulheres no acompanhamento grupal, quando observamos que a maior parte delas vinculava-se a essas substâncias.

A relevância científica e social deste estudo advém da incipiência de estudos e pesquisas vinculando mulheres e consumo de álcool e outras drogas, conforme destacamos. E, sobretudo, da masculinização tanto desses estudos quanto dos programas terapêuticos para mulheres, desconsiderando as singularidades femininas.

Este estudo, portanto, pretende contribuir para a diminuição da lacuna nesse campo, trazendo elementos para a adoção de programas terapêuticos que considerem as necessidades e demandas das mulheres, no caso particular desta tese: o cuidado de si.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo fundamental:

- Conhecer e analisar os movimentos do cuidado de si de mulheres com padrão de consumo nocivo e dependente de substâncias psicoativas, em tratamento num dispositivo de Saúde Mental, no caso o CAPS AD (CPTT), na reinvenção de suas vidas.

E, para atender ao objetivo principal, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a rede de saúde e as modalidades de tratamento na procura do cuidado.
- Conhecer os movimentos do cuidado de si nas relações afetivas, profissionais, familiares, laborais e nos papéis femininos.
- Identificar algumas consequências/resultados do tratamento na vida das mulheres.
- Identificar os movimentos indicadores favoráveis e desfavoráveis na busca de cuidado.
- Identificar a inclusão e exclusão das mulheres nos diferentes espaços de vida.

1 MULHERES, CONSUMO DE DROGAS E ASPECTOS RELACIONADOS

O objetivo deste capítulo é evidenciar a relação de consumo de substâncias psicoativas por mulheres, mediante dados epidemiológicos, para demonstrar a dimensão dessa problemática em números e destacar alguns aspectos da suscetibilidade desse consumo na singularidade feminina, como violência, risco, vulnerabilidade às DST/AIDS, maternidade e outros. Tendo em vista que o corpo feminino sofre mais com os efeitos das substâncias psicoativas, apresentaremos também os problemas da utilização dessas substâncias, quando consumidas nociva ou dependentemente pelas mulheres.

A droga ou substância psicoativa é um elemento que atua sobre o cérebro, interferindo em seu funcionamento, podendo alterar o humor, a percepção, o comportamento e os estados de consciência do usuário (SEIDL, 2000), operando sobre um universo de circuitos químicos para modificar realidades (ROTELLI, 1992). Agrega-se a isso a existência de um sistema de reforço ou de gratificação cerebral capaz de explicar o repetido abuso de determinada substância, desencadeando uma sistemática compulsiva na busca dos efeitos prazerosos (STAHL, 1998).

As substâncias psicoativas estiveram presentes na humanidade no contexto religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, climatológico, militar e o da busca de prazer (TOTUGUI, 1988). E o consumo dessas substâncias sofreu regulações que ocasionaram seu caráter de legalidade ou ilegalidade, com discriminações àqueles que delas fazem uso (SEIDL, 2000).

No nosso século a forma de utilização dessas substâncias constituiu-se num problema psicossocial pela dispersão incontrolável de seu consumo (COSTA, 1988; UNODC, 2014). Segundo Birman (1997), a toxicomania inscreve-se no intervalo entre duas modalidades da cultura: se nos países produtores de drogas, essas substâncias inscrevem-se em rituais religiosos e conectam-se a

códigos culturais, não se verificando nesse contexto o uso nocivo, em contrapartida, nos países consumidores estão inscritas em outra modalidade de registro, sem conexão com os processos simbólicos arraigados à cultura que codifiquem e regulem sua ingestão. Pela diversidade de campos semânticos de uso da droga, observaremos padrões de consumo diferenciados da substância e a confecção progressiva de novos produtos.

A droga, como qualquer outro elemento, acompanha a evolução das culturas e, em consequência de mudanças de estilo de vida, o uso é cada vez menos ritualizado e mais individualizado, solitário, com ausência de expressões culturais, favorecendo o ambiente de uso nocivo e desintegrador (TOTUGUI, 1988).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) referente ao ano de 2013, o percentual de consumo dessas substâncias, considerando a faixa etária entre 15 a 64 anos, é de 3,5% a 7% da população mundial, gerando a estimativa de 162 milhões e 324 milhões de consumidores (UNODC, 2014).

Ainda com base nesse relatório, a situação de prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas foi de 5% da população mundial, ou seja, em torno de 243 milhões de pessoas. O número de dependentes gira em torno de 27 milhões (0,6 % da população adulta do mundo), a saber, uma pessoa em cada 200 (UNODC, 2014).

Esse mesmo relatório evidenciou a situação global das novas substâncias psicoativas (NSPs)⁸ negociadas na *internet* mediante tráfico virtual da droga e fora do controle internacional.⁹ Essas substâncias continuam a proliferar, representando um desafio em significativa expansão: de 251 tipos, em julho de

⁸ Substâncias de uso indevido sejam na forma pura ou numa preparação, não controladas pela Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 ou pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e que se tornaram disponíveis recentemente (UNODC, 2013).

⁹ Realizado por Estados-membros que adota medidas para proteger a saúde e o bem-estar da humanidade. Tais medidas estão na Declaração de um plano de ação e política em cooperação internacional para uma estratégia integrada para enfrentar o problema mundial relacionado às drogas (UNODC, 2013).

2012, pularam para 348 tipos, em dezembro de 2013, principalmente por causa de novos canabinoides sintéticos, fenetilaminas e catinonas sintéticas (UNODC, 2014).

Esse relatório mencionou que o consumo de substâncias psicoativas ilícitas ainda é maior entre os homens, porém a diferença nos números entre homens e mulheres tem diminuído em muitos países (UNODC, 2014).

Entretanto, quando o tema é uso indevido de medicamentos, apesar de comum a ambos os sexos, as mulheres se sobressaem. Esse aspecto foi destacado num estudo promovido em cinco países – Austrália, Estados Unidos, Espanha, Afeganistão e Paquistão. Combinando os dados desses países, estima-se que o uso ilícito de produtos farmacêuticos é notavelmente diferente para os dois sexos e que quase metade das mulheres com histórico de consumo de drogas tinha usado medicamentos (UNODC, 2014).

Para Aquino (1997), é notória a predominância do uso de substâncias lícitas pelas mulheres, com os remédios em lugar de destaque, principalmente na classe média e média alta da nossa sociedade. Oliveira (2000), em seu estudo sobre consumo de Diazepam por mulheres, reafirmou essa evidência e as facilidades de consumo de medicamentos com uso prolongado, pois a mulher pode ser um alvo fácil das táticas da indústria farmacêutica, pelo tipo de assistência a que tem acesso e pela sua condição de vida.

O predomínio do consumo de substâncias psicoativas lícitas na realidade brasileira é igualmente confirmado pelo II Levantamento Domiciliar Brasileiro de 2005. Esse levantamento indicou uma prevalência do uso dos benzodiazepínicos, estimulantes e analgésicos (opiáceos) em todas as faixas etárias por mulheres numa dimensão cerca de duas a três vezes maior do que a dos homens (CEBRID, 2006).

Em relação ao álcool, substância lícita, dados do Relatório Mundial sobre Saúde e Álcool, do ano 2013, reafirmou a tendência do seu consumo em praticamente todo o mundo. Sobre o padrão de consumo, a maior parte da

população mundial é abstinência ou não bebeu nos últimos 12 meses, e quase metade da população mundial (48%) nunca fez uso de álcool (WHO, 2014).

Porém, esse mesmo relatório evidencia que o uso pesado episódico – equivalente a 60 gramas ou mais (cerca de cinco doses ou mais) de álcool puro em uma única ocasião, ao menos uma vez no último mês – foi constatado em 16% dos bebedores (WHO, 2014).

O mesmo relatório destacou que as mulheres bebem com menos frequência do que os homens, e quando fazem uso do álcool, consomem menor quantidade e envolvem-se pouco em episódios de uso pesado dessa substância (6,2%) (WHO, 2014).

Apesar desse dado global, Room e Selin (2005), numa pesquisa feita em oito países¹⁰ (Argentina, Costa Rica, México, Sri Lanka, Índia, Uganda, Nigéria e Brasil) com mulheres em diferentes faixas etárias (inferior a 30 anos; 30 a 49 anos; 50 anos ou mais) indicaram um consumo elevado de álcool em todas as faixas etárias, exceto na Índia e no Sri Lanka, onde foi observado menor consumo na faixa etária de 30 a 49 anos e acima de 50 anos. Esse baixo consumo possivelmente está relacionado a aspectos culturais e religiosos e à condição da mulher nesses países. Por outro lado, o mais significativo nesse estudo é que, independentemente da faixa etária, os resultados referem o aumento do consumo de álcool pelas mulheres em diferentes regiões do mundo, como América do Sul, América Central e África.

Para Oliveira, Paiva e Valente (2007), a elevação do consumo de álcool pelas mulheres estaria associada às mudanças no seu estilo de vida, especificamente no último século, o que pode ser confirmado no trecho seguinte:

¹⁰ Esse estudo faz parte de um grande projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado *Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um inquérito de saúde (GENACIS3)*, que avalia o consumo de álcool na população (ROOM, SELIN, 2005).

Décadas atrás, o uso de álcool entre mulheres era restrito, pois era visto como incompatível com o papel doméstico tradicional da mulher, afetando seu comportamento social e suas responsabilidades e reduzindo seu controle sobre a própria sexualidade. A entrada das mulheres no mercado de trabalho, a partir da Segunda Guerra Mundial, e a conseqüente aproximação dos papéis sociais masculinos e femininos contribuíram para que as mulheres passassem a exibir comportamentos até então vistos como exclusivos dos homens. Trabalhar fora de casa e frequentar bares são exemplos de ações que hoje são compartilhadas entre homens e mulheres, o que amplia as oportunidades femininas para beber e usar substâncias. Isso contribui para o aumento na prevalência de transtornos do uso de substâncias entre as mulheres (WOLLE; ZILBERMAN, 2011, p. 375).

No Brasil, a tendência dos estudos epidemiológicos mundiais se repete, quando novamente identificam a predominância masculina no abuso da maioria das substâncias com a razão estimada entre homens e mulheres próxima à encontrada nos estudos americanos (três homens para cada mulher) (CEBRID, 2002).

A mesma relação no tocante ao álcool foi evidenciada pelos estudos do CEBRID (2002; 2006), que indicou a maior prevalência de dependência para o sexo masculino, em todas as regiões brasileiras. A proporção homem/mulher nessa relação de dependência foi de 10 para 1 (CEBRID, 2006). Esse dado reafirma a tendência mundial de prevalência menor para o consumo dessa substância por mulheres (CEBRID, 2002; 2006).

Entretanto, quando se comparam os dados do II Levantamento Domiciliar Brasileiro de 2005 (CEBRID, 2006) com os dados do I Levantamento Domiciliar Brasileiro, em 2001 (CEBRID, 2002), observa-se um aumento da prevalência de uso por mulheres das seguintes substâncias psicoativas: álcool, cocaína, *crack*, tabaco, maconha, solventes, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, esteroides e barbitúricos (CEBRID, 2002; 2006).

No Brasil, segundo dados do Relatório Mundial sobre Saúde e Álcool, o consumo total estimado de álcool pelo brasileiro é equivalente a 8,7 litros por pessoa, quantidade superior à média mundial. Em relação ao padrão de consumo, entre os brasileiros que nunca beberam as mulheres são maioria (mulheres: 30,8%; homens: 12,4%), tanto quanto entre os que relataram não

terem usado álcool nos últimos 12 meses com mais frequência (mulheres: 22%; homens: 18%) (WHO, 2014).

O II LENAD, levado a cabo em 2012, trouxe o panorama nacional contemporâneo do consumo de drogas no Brasil, tanto lícitas quanto ilícitas.¹¹ Esse trabalho indicou que o consumo de álcool pelo brasileiro está cada vez maior e com padrão de uso nocivo, com estimativa de que 11,7 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e revelando que o consumo de álcool regular foi maior na região Sudeste (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

Contrariando os dados do Relatório Mundial sobre Saúde e Álcool (WHO, 2014), no tocante às mulheres os dados do II LENAD indicam que 39% das mulheres adultas relataram consumir álcool regularmente (pelo menos uma vez por semana) e 49% das mulheres adultas relatam beber em *binge*. Mulheres, notadamente as mais jovens, constituem a parcela de maior risco da população, com maiores índices de aumento entre 2006 e 2012 e bebendo com maior nocividade (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

O levantamento da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2013) indica o consumo nocivo de bebidas alcoólicas por mulheres nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa com maior frequência em Salvador (16,7%), Rio de Janeiro (13,3%) e Recife (13,2%). As menores frequências aconteceram em Manaus (5,1%), Curitiba (5,9%) e Rio Branco (6,3%) (BRASIL, 2013). Considerando a população adulta, a frequência desse consumo foi de 10,3% entre as mulheres. Embora o foco de nosso estudo sejam as mulheres, escapando, na medida do possível, à comparação de dados entre homens e mulheres, cabe ressaltar a respeito do dado exposto anteriormente que o uso nocivo de álcool por ambos os sexos está evidenciado para sujeitos mais jovens, o que indica cada vez

¹¹ Realizado em 2012, em 149 municípios em todas as regiões do País. Foram entrevistadas 4.607 pessoas acima de 14 anos de idade, obtendo um total de 4.607 entrevistados, sendo 52% mulheres e 48% homens. Pesquisou-se o padrão de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como fatores associados com o uso problemático, como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica, dentre outros (LARANJEIRA *et. al.*, 2014). O I LENAD aconteceu em 2006.

mais a precocidade do seu uso e o aumento de consumo ligado ao aumento do nível de escolaridade (BRASIL, 2013).

Isso parece indicar que a maior escolaridade não impede a utilização das substâncias psicoativas, principalmente o álcool, substância lícita e de fácil aquisição. E essa precocidade pode ser evidenciada pelo que sinaliza Masur (1984) sobre a disponibilidade dessa substância em qualquer lugar, bem como a facilidade de seu processo de produção, que, por sua vez, possibilita maior oferta e menor custo, garantindo o acesso de grande parcela da população.

O VIGITEL ainda tratou da condução de veículo motorizado¹² após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, destacando que, dos 7% dos entrevistados que afirmaram essa atitude, 2,3% eram mulheres principalmente na faixa etária de 25 a 44 anos. E entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, as mulheres tiveram maiores percentuais em Palmas (5,8%), Florianópolis (4,9%) e Distrito Federal (4,5%) (BRASIL, 2013).

Quanto à cocaína, no ano de 2013, considerando a faixa etária entre 15 a 64 anos, a estimativa é de 14 milhões a 21 milhões de usuários. O uso dessa substância psicoativa destacou-se nas Américas, com ênfase na América do Sul, onde o consumo de cocaína e o tráfico ressaltaram-se, particularmente no Brasil (UNODC, 2014).

O Brasil representa o segundo maior mercado de cocaína do mundo em número absoluto de usuários, sendo que metade dos usuários participantes do estudo (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade e quase 4% da população adulta já experimentou cocaína inalada ou injetável (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

¹² Esse dado utilizou como premissa o acompanhamento e a aplicação nacional da Lei nº 11.705/2008, que objetiva coibir a condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas. O VIGITEL estimou a frequência de indivíduos que afirmaram conduzir veículo motorizado depois do consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade de bebida consumida e da frequência do evento (BRASIL, 2013).

A quantidade de brasileiras jovens usuárias de cocaína supera, por exemplo, a das usuárias de maconha, acontecimento raramente observado em outros países. Cerca de 2% das mulheres com até 25 anos relataram ter usado cocaína (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

Esse dado parece indicar que as mulheres estão ascendendo socialmente, trabalhando e estudando mais, e tornando-se mais independentes, o que pode propiciar igualmente a experimentação e o consumo de substâncias psicoativas. Entretanto, cabe questionar o que acontece com mulheres nessa faixa etária, considerando o momento de vida produtivo, laboral, dentre outros aspectos da vida. Além disso, as políticas públicas devem estar atentas a esse fenômeno para modificação dessa realidade.

O Brasil representa 20% do consumo mundial de *crack*, constituindo o maior mercado do mundo, somando 2,6 milhões de usuários dessas substâncias – *crack* e cocaína – consumidas de forma aspirada ou fumada (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

Para Tuller, Rosa e Menegatti (2007) a difusão do *crack* ocasionou o consumo e consequências psíquicas e físicas em jovens usuários. No Brasil, há um grande número de usuários jovens, de baixa renda e do sexo masculino (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Entretanto, essa realidade está se modificando, quando verificamos em nossa prática clínica que o consumo de *crack* está para além das classes sociais, pois diferentes segmentos sociais consomem essa substância.

Holztrattner (2010) considera digno de nota que essa temática seja insuficientemente abordada pela comunidade acadêmica, dada a importância e a magnitude do problema na atualidade, bem como as implicações na saúde da mulher e a insistente divulgação pela mídia, que, no entanto, trata o tema de forma muitas vezes indevida, excludente e mais aterrorizante do que esclarecedora.

O II LENAD trouxe como resultado que o consumo de *crack* e cocaína no Brasil têm ocasionado mais dependência nas mulheres do que nos homens. Embora estes liderem o uso de *crack* e cocaína, entre as mulheres usuárias o índice de dependência foi de 54% (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

A maior vulnerabilidade do corpo feminino às substâncias psicoativas em geral pode ser uma das variáveis para a compreensão do maior número de dependentes do sexo feminino. De acordo com o II LENAD, 40% das usuárias declaram usar essas substâncias mais de duas vezes por semana, contra 24% dos homens. Outro dado que se soma a esse é que duas em cada dez mulheres já injetaram cocaína (20%), mais do que o dobro de usuários do sexo masculino que recorrem a essa forma de uso (8%) (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

Considerando essa realidade epidemiológica, veremos a seguir como esses aspectos se configuram e refletem em problemas singulares e significativos no universo feminino.

1.1 PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS POR MULHERES

Os problemas associados ao consumo de drogas por mulheres são diversos, envolvendo, além das próprias usuárias e seu entorno, interferências nos diversos papéis e funções desempenhados historicamente pelas mulheres, por exemplo, a de mãe.

Considerando que as consequências do uso nocivo do álcool são diversas, em se tratando das consequências sociais desse consumo, constata-se que, dependendo do contexto cultural, a vulnerabilidade ou dano social para as mulheres pode estar aumentando (WHO, 2014).

Da carga global de doenças, em 2012, 5,1% se constitui de doenças e lesões relacionadas ao consumo de álcool, sendo 2,3% atribuída às mulheres. Quase 6% de todas as 3,3 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool. E 4% dessas mortes foram atribuídas às mulheres (WHO, 2014).

No Brasil, quanto à associação entre álcool e direção, o II LENAD indicou que 24% dos sujeitos não veem problema em dirigir quando se começa a sentir os efeitos da bebida alcoólica. Apesar de os homens liderarem o *ranking* da irresponsabilidade ao volante, atingindo a marca de 27,3% dos motoristas, as mulheres compareceram com 7,1% do total de motoristas irresponsáveis (LARANJEIRA *et. al.*, 2014).

Outros problemas e graves consequências sociais e de saúde do consumo de álcool pelas mulheres gestantes, com padrão nocivo ou dependente, afetam os recém-nascidos (ABEL; SOKOL, 1987; LUPTON *et al*, 2004; POPOVA *et al.*, 2013; WHO, 2014).

O uso do *crack* tem aumentado na população de gestantes nas últimas décadas, ocasionando em muitas delas o parto pré-termo ou o descolamento prematuro da placenta, dentre outras complicações tanto maternas quanto perinatais. Considerando que muitas mulheres negam o uso da substância, o problema se agrava, pela ausência dos cuidados necessários durante o pré-natal. O risco de aborto espontâneo e parto prematuro são maiores. O uso dessa substância tem sido associado com bebês de baixo peso e problemas de desenvolvimento (MITSUSHIRO; LARANJEIRA, 2011).

Além disso, o diagnóstico diferencial da usuária com doença hipertensiva gestacional e suas complicações igualmente dificulta a identificação da usuária de cocaína/*crack*, uma vez que, em ambos os casos, ocorrem sinais de exacerbação do sistema simpático, como hipertensão, taquicardia, arritmias e até mesmo falência miocárdica (YAMAGUCHI *et al.*, 2008).

Segundo Cunha *et al.* (2001) e Yamaguchi *et al.* (2008), o desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) inicia-se no vigésimo oitavo dia depois da concepção e continua durante a gestação, o que atribui ao feto uma vulnerabilidade biológica continuada a acometimentos tóxicos. O *crack* atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente nos vasos sanguíneos fetais, ocorrendo vasoconstrição, com possibilidade de malformações urogenitais, deformidades distais, gastrosquise,¹³ defeitos cardiovasculares e do SNC. Como o fluxo sanguíneo uterino não é autorregulado, a sua diminuição provoca insuficiência uteroplacentária, hipoxemia e acidose fetal. A droga também ocasiona alterações no crescimento do cérebro e na arquitetura do córtex.

Esses aspectos merecem atenção significativa com propostas efetivas das políticas públicas, pois acarretam um grave problema de saúde pública, não somente para gestante, mas também para o feto.

A atual discussão quanto ao uso de *crack* por mulheres, gestação e maternidade (CUNHA *et al.*, 2001; YAMAGUCHI *et al.*, 2008; HOLZTRATTNER, 2010; KUYAVA, 2013) não pode deixar de ser ressaltada. A perda da guarda dos filhos pelas mães usuárias de drogas é um problema social demasiado grave, pois afeta não só os bebês ou crianças em seu processo de amadurecimento e cuidado afetivo, emocional e de sobrevivência, mas também as mães, que se culpam por serem usuárias de drogas e “não poderem” cuidar dos filhos, segundo entidades constituídas e leis de proteção à criança (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2009).

Quanto à vulnerabilidade às DSTs/AIDS, um estudo do CEBRID (2004) sobre o comportamento de risco de usuárias de *crack* e as DSTs/AIDS, em São Paulo, indicou fatores muitos significativos: a criação de determinada cultura, diferentemente dos homens, para o uso do *crack*, caracterizada pela

¹³ Gastrosquise é um defeito total na espessura da parede abdominal, de localização paraumbilical, associado à evisceração do intestino fetal. Em alguns casos o fígado também pode fazer parte da evisceração (MOORE; NUR, 1986; AMORIM *et al.*, 2000).

prostituição como meio de obtenção da droga; o sexo inseguro, tornando-as um importante grupo de risco de DSTs/AIDS. O risco de DSTs/AIDS é alto, mas não está diretamente relacionado ao *crack*, mas associado ao comportamento sexual vulnerável e de alto risco pela utilização do cachimbo impróprio empregado. O uso de risco do *crack* pelas mulheres é um fenômeno recente, ainda sem visibilidade e peculiar de usuárias de *crack*. Portanto enumeram-se como complicadores da questão a dificuldade de acesso e ajuda a essas usuárias de *crack*, o fato de serem prostitutas, o estímulo à prostituição, sobretudo pelo traficante, que tem essa mulher como “boa pagadora”, e a possibilidade de engravidarem e gerarem filhos não planejados ou desejados (CEBRID, 2004).

Além dos aspectos fisiológicos, as mulheres podem ser afetadas pela violência interpessoal e pelo comportamento sexual de risco, tanto como consequência do próprio consumo quanto pelo consumo dos parceiros masculinos (MOROJELE *et al.*, 2006; KALICHMAN *et al.*, 2007; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

As mulheres são mais vulneráveis aos efeitos deletérios do álcool (ALMEIDA; PASA; SCHEFFER, 2009) e no que tange à violência doméstica, segundo Zilberman e Blume (2005), quando beber passa a fazer parte do cotidiano das mulheres, os companheiros, alcoolizados ou não, são violentos. Portanto a mulher se expõe duplamente aos danos à integridade, pelo uso das substâncias psicoativas que comprometem a saúde física e mental e pelos ferimentos e baixa autoestima oriundos da violência, que podem dificultar a ida aos locais de tratamento.

Além disso, passar por essas situações violentas favorece um clima de desconfiança em relação aos profissionais de saúde, na interação terapêutica (MILLER; WILSNACK; CUNRADI, 2000).

Nessa relação entre álcool e violência, destacamos o trabalho com mulheres alcoolistas do Grupo de Atendimento à Família (GAF) de Botucatu. Das participantes, 68,9% informaram estar abstinências na época da entrevista, sendo

que 76,5% destacaram história positiva de alcoolismo em família, enquanto 42% delas passaram por algum tipo de acidente quando usavam álcool. Segundo informaram, antes da sua inclusão nesse grupo, a violência familiar esteve presente em 85,7% dos casos, sendo o cônjuge o principal agressor (ZAMPIERI; DALBEN; SIMÃO, 2008).

É fundamental o cuidado ao associar violência com álcool e outras drogas, pois, segundo Minayo e Deslandes (1998), não se pode pensar numa relação direta e unicausal entre essas categorias, apesar de todas as evidências empíricas, não se tendo explicado devidamente a presença de álcool ou drogas nos eventos violentos como afetante do comportamento. Ou seja, não é possível afirmar que tais sujeitos não teriam cometido os mesmos atos violentos em estado de abstinência.

Considerando que a violência tem mais chances de ser exercida em determinados segmentos, locais e situações específicas e sob determinadas condições, e que os diversos efeitos produzidos pelos tipos de substância psicoativa também sugerem a contribuição de fatores socioculturais e de personalidade, para se encontrar o nexos causal entre determinadas substâncias e a violência é necessário saber se tais comportamentos violentos ocorreriam ou não no interior desses segmentos sem álcool ou outras drogas. O que as evidências empíricas sugerem é que drogas ilícitas e álcool desempenham um significativo papel nos contextos de sua inserção, entretanto essa importância depende de fatores individuais, sociais e culturais (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Mundialmente, os crimes relacionados com a droga referem-se a uso pessoal e tráfico. Quanto ao uso pessoal esses crimes estão associados à maconha, enquanto os crimes ligados ao tráfico de drogas variam segundo o tipo de droga e o fornecimento em diferentes regiões. A participação das mulheres em crimes de drogas varia de acordo com o tipo de droga, o que diz muito a respeito das drogas preferidas pelas mulheres. O maior percentual de mulheres presas ou suspeitas vincula-se ao tráfico de estimulantes e sedativos (25%) (UNODC, 2014).

Na atualidade, as mulheres representam cerca de 7% da população carcerária brasileira, o que corresponde a quase 36 mil presas. A maioria das prisões de mulheres está relacionada com o tráfico de drogas¹⁴ e são poucos os casos de crimes com violência. São mulheres jovens, entre 18 e 34 anos. E quanto à escolaridade, 58% são analfabetas, alfabetizadas ou não detêm o ensino fundamental completo (BRASIL, 2014a). Trata-se, portanto, de mulheres em pleno desenvolvimento de projetos ou no envolvimento com algum tipo de trabalho, enfim, produtivas.

Mesmo que a prevalência do consumo de substâncias psicoativas não seja numericamente significativa, quando se comparam os dados do consumo de substâncias psicoativas num padrão dependente entre homens e mulheres, o aumento de consumo de substâncias como álcool, cocaína e *crack*, por mulheres, é fato. Essa constatação, portanto, convoca os setores de saúde pública e os setores sociais à elaboração de respostas, ou na orientação de políticas públicas que se configurem no campo assistencial em programas de acolhimento, atenção e cuidado às mulheres, ou em políticas preventivas.

Muito significativo é que esse sofrimento sai aos poucos da invisibilidade e vêm à tona, tanto quanto os comprometimentos e interferências na saúde física, emocional, pessoal e familiar, o que inspira acolhimento, atenção e cuidado singulares.

Após esse panorama, apresentaremos as interferências do consumo de substâncias psicoativas pelas mulheres, destacando os impactos e os comprometimentos no corpo feminino ao se configurar a relação nociva e dependente com essas substâncias.

¹⁴ Sobre mulheres e tráfico de drogas, é particularmente interessante o trabalho de Pimentel (2008), que discute o envolvimento afetivo que leva as mulheres a se conectarem a essa situação.

1.2 ÁLCOOL, COCAÍNA, CRACK E OS EFEITOS NO CORPO FEMININO

O álcool é uma substância psicoativa depressora do SNC que promove, em pequenas doses, euforia e desinibição, e em doses maiores, depressão (OLIVEIRA, 1988). A vulnerabilidade feminina aos prejuízos e danos decorrentes da utilização dessa substância configura-se num problema de saúde pública, pois o seu consumo tem aumentado entre as mulheres, em consonância com o desenvolvimento econômico e a mudança de papéis de gênero (GRUCZA, *et al.*, 2008; WILSNACK, 2013).

Essa vulnerabilidade das mulheres pode ser explicada por uma série de fatores da composição do corpo feminino. As mulheres têm menor peso corporal, e seu fígado é menos capaz de metabolizar o álcool. Além disso, o corpo feminino apresenta proporção mais elevada de gordura corporal. Tudo isso contribui para que as mulheres atinjam concentração de álcool no sangue superior à dos homens para a mesma quantidade ingerida (WILSNACK *et al.*, 2013).

Dotadas de menos água no corpo, as mulheres concentram mais álcool no organismo, ainda que bebam a mesma quantidade que os homens. O álcool engolido dissolve-se em menor volume de água, o que aumenta a concentração. Por isso a mulher se embriaga mais rapidamente do que o homem e em menos tempo (WILSNACK *et al.*, 2013).

Apesar de consumirem menos álcool do que os homens, mulheres tendem a desenvolver abuso e dependência de álcool mais rápido. Trata-se do “efeito telescópio”, conceito utilizado na literatura, segundo o qual, as mulheres iniciavam o tratamento com histórias mais curtas de problemas com álcool do que os homens, mas com sintomas equivalentes. Foi observado que, mesmo iniciando o uso de álcool com idade mais avançada do que os homens, as mulheres buscavam tratamento com a mesma idade. O efeito telescópio permanece uma característica importante do uso de álcool entre as mulheres e parece ser subestimado algumas vezes, se for considerada a possibilidade de ela muitas vezes demorarem mais a procurar tratamento. Pois o sentimento de culpa e medo, reforçados pelo estigma social, sua busca, e nem sempre os tratamentos disponíveis são adequados a suas necessidades [...] (WOLLE, ZILBERMAN, 2011, p. 376).

Esse resultado deve-se igualmente ao fato de o corpo da mulher ter mais tecido gorduroso, cujo volume é menor que o volume de água corporal (UNODC, 2004; WILSNACK *et al*, 2013).

Considerando ainda a maior absorção do álcool pelo corpo feminino, existem os níveis séricos menores nas mulheres do que nos homens da enzima álcool-desidrogenase (ADH). Essa enzima metaboliza quantidades substanciais de álcool, antes da sua entrada no sistema circulatório (BRADY; RANDALL, 1999; WILSNACK *et al*, 2013).

Esses elementos explicam quadros clínicos de mulheres como cirrose hepática, pancreatite, cardiopatias e neuropatias, dentre outros, decorrentes do consumo precoce do álcool e de forma nociva ou dependente, provocando quadros de morbidade (CHOU, 1994; BRADY; RANDALL, 1999; CHANG, 2002; UNODC, 2004).

Mulheres que abusam de bebidas alcoólicas apresentam maior risco de hipertensão, desnutrição, anemia, doença cardiovascular, doenças hepáticas e gástricas, câncer de mama, atrofia cortical, prejuízo da atenção e dificuldades visuoespaciais. Além disso, alguns desses problemas se desenvolvem mais rapidamente na população feminina, quando comparada à masculina. É provável que a maior sensibilidade ao álcool esteja associada à morbidade e mortalidade mais elevadas observadas em mulheres em decorrência do uso dessa substância (WOLLE; ZILBERMAN, 2011, p. 377).

O álcool também interfere nos ciclos menstruais, acarretando problemas de saúde como interrupção das menstruações, tensão pré-menstrual (TPM), problemas de fertilidade e menopausa precoce. Outras complicações são o risco de aborto espontâneo, as mudanças abruptas na glicemia, os distúrbios no metabolismo da vitamina D e a interferência na absorção do cálcio, provocando o aumento do risco de osteoporose (BRIENZA; STEIN, 2002; WALTER *et al.*, 2003; SELLERS, 2005).

O consumo de álcool pelas mulheres pode gerar ainda graves problemas de saúde como câncer, doenças gastrointestinais ou cardiovasculares (REHM *et al.*, 2010a; WHO, 2014). O álcool também tem sido evidenciado como fator de

risco para o câncer de mama (ALLEN *et al.*, 2009; BOYLE; BOFFETTA, 2009; SEITZ *et al.*, 2012; WHO, 2014).

Durante a gravidez a bebida alcoólica pode aumentar o risco do espectro do alcoolismo fetal (SAF) e outros problemas de saúde evitáveis para os recém-nascidos (BARR; STEISSGUTH, 2001; VILJOEN *et al.*, 2005; NIH, 2010, NIAAA, 2013, WHO, 2014).

Quanto à sexualidade, o álcool, até por ser uma droga depressora do SNC, igualmente deprime a função sexual da mulher (BLUME, 1990).

As funções reprodutivas e sexuais também podem ficar comprometidas com o uso pesado do álcool, podendo resultar em ausência de ovulação, diminuição dos ovários e infertilidade. Isso porque o fígado prejudicado exacerba a conversão da androstenodiona em testosterona, aumentando seus níveis plasmáticos. A resposta sexual fisiológica fica prejudicada devido à alta concentração de álcool no sangue: aumenta a latência para o orgasmo e sua intensidade diminui (WOLLE; ZILBERMAN, 2011, p. 377).

Para as mulheres, a disfunção e o desinteresse sexuais podem estar diretamente ligados ao uso novico do álcool ou à forma como essa substância é utilizada para o relacionamento, mas o descontentamento sexual pode mesmo ser anterior ao uso. Nesse sentido, o álcool cumpriria uma função de tamponamento para um mal-estar relacional com o parceiro, num lugar de ocultamento da palavra de esclarecimento das insatisfações relacionais afetivas, especificamente no relacionamento afetivo-sexual (STEIN; CYR, 1997),

A cocaína e seu subproduto, o *crack*, são substâncias psicoativas estimulantes do SNC (OLIVEIRA, 1988), sendo uma droga contemporânea e relacionada, no eixo sociocultural, à liberação das mulheres e às permanentes reivindicações de igualdade em relação aos homens (PONCZEK, 1997). O *crack* tem efeitos psicofisiológicos semelhantes aos da cocaína usada de forma intravenosa, mas parece gerar dependência mais rapidamente (WHITE; LAMBE, 2003).

Cocaína e *crack* raramente são usados isoladamente. O policonsumo ou uso de múltiplas drogas acontece com maior frequência, aumentando também a exposição dos usuários às patologias associadas à sua utilização (WHITE; LAMBE, 2003).

De acordo com Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004), mesmo grávidas usuárias de cocaína são mais propensas a utilizar o tabaco, o álcool e a maconha, se comparadas a não usuárias. Para esses autores, de 60 a 90% dos usuários de cocaína consomem álcool concomitantemente.

As consequências do uso nocivo e dependente de cocaína são: batimentos cardíacos irregulares, ataque cardíaco e insuficiência cardíaca, derrames e convulsões, fluido nos pulmões e outras doenças pulmonares, paranoia, depressão, transtornos de ansiedade, delírios, comportamento agressivo e violento, aumento do risco de hepatite e HIV para usuários da droga por via intravenosa e atividade sexual indiscriminada, muitas vezes acompanhando-se o uso e a dependência do risco crescente de HIV e outras DSTs (BRINK; REE, 2003; FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Apesar de as mulheres estarem substancialmente mais expostas à cocaína, depois da abstinência elas revelam prejuízos na concentração, na memória e na cognição (NIDA, 1996, 2000). Além disso:

O uso de cocaína foi relacionado à hiperprolactinemia, e consequente alteração no ciclo menstrual, além de amenorreia, galactorreia, infertilidade, disfunção da fase lútea e níveis aumentados do hormônio luteinizante. Em um estudo norte-americano com usuários de cocaína, as mulheres relataram mais dores de cabeça e mais relações sexuais não desejadas do que os homens, que por sua vez referiram paranoia e agressão física a outra pessoa como consequências adversas do uso da substância (WOLLE; ZILBERMAN, 2011, p. 377).

Quanto à sexualidade, a cocaína, tanto em homens quanto em mulheres, provoca aumento da libido, depois do consumo, elevando os níveis de hormônio luteinizante (LH), o que parece se vincular aos relatos de ativação da excitação sexual (TEOH; MELLO; MENDELSON, 1994).

Os efeitos do *crack* assemelham-se aos de outras formas de cocaína, porém são mais intensos e imediatos, com dependência mais rápida. Os principais efeitos dessa substância psicoativa no corpo humano são taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia, dilatação das pupilas (midríase), tensão muscular, tremores (contrações musculares), sudorese intensa, convulsões e até coma. No sistema cardiovascular os efeitos são mais intensos. Em casos extremos pode ocorrer parada cardíaca por fibrilação ventricular. O óbito também pode acontecer, pela diminuição da atividade de centros cerebrais que controlam a respiração. O uso crônico pode levar à rbdomiólise, degeneração irreversível dos músculos esqueléticos (CEBRID, 2002).

Estudos dos efeitos do *crack* em mulheres estão mais focados na relação entre a gestação e os efeitos dessa substância psicoativa no feto, como os trabalhos de Holztrattner (2010) e Kuyava (2013), que enfatizaram os efeitos e as consequências do uso do *crack* em gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Além disso, esses autores evidenciaram a relevância da temática pelo crescente número de usuários do *crack* no Brasil, sinalizando a gravidade, no caso das gestantes, para a compreensão dos profissionais da saúde a respeito do assunto, tendo em vista a escassa produção nesse campo.

2 SENTIDOS E SIGNIFICADOS DO CONSUMO DE DROGAS POR MULHERES

A proposta deste capítulo é apresentar a significação do uso de substâncias psicoativas para as mulheres, com base em alguns autores, considerando os significados que as mulheres agregam a esse processo, visando à sua compreensão sob o ponto de vista feminino. Para Cardinal (1991, p. 287),

As mulheres toxicômanas ou abstinentes, tanto quanto os homens, adotam modelos preferenciais de comportamento, sob a pressão de fatores psicossociais, culturais, econômicos. A intoxicação voluntária, nas mulheres, é um reflexo das condições humanas especificamente vivenciadas por cada uma delas, e historicamente determinadas (CARDINAL, 1991, p. 287).

Com isso, enfatizamos que o consumo de substâncias psicoativas comunica-se com diferentes dimensões da vida:

[...] considerando tão-somente a toxicidade da substância, corre-se o risco de se esquecer dos outros fatores de equação da dependência: em primeiro lugar a pessoa, a sua maior ou menor fragilidade e os seus conflitos, inscritos em sua historicidade; em segundo lugar, o contexto sociocultural (BUCHER, 1988, p. X).

Trata-se, portanto, o fenômeno segundo um triângulo, em cujos vértices encontram-se o sujeito, a substância psicoativa “eleita” – permeando-se essa escolha pela oferta do produto do momento, por exemplo, o *crack*, cujo consumo vige atualmente em nosso País – e o contexto sociocultural.

Nesse sentido, não apostamos na dimensão moral do fenômeno, presumindo a necessidade da força de vontade, por parte do usuário, para tratar-se. Muito menos configuramos a questão como da ordem do divino ou de inspiração demoníaca, como se o problema se limitasse ao sujeito e não atingisse os seus entornos e toda a produção e mercado existentes.

Essa compreensão é fundamental, entendendo-se a questão como enfrentamento para a saúde pública, embora esse enfrentamento não se restrinja ao campo da saúde, antes clamando por engajamento intersetorial,

conforme destaca a PAIUAD, em diferentes campos de ação como a Justiça, por exemplo (BRASIL, 2003).

Com isso, enfatizamos a importância do cuidado ampliador da saúde. Não há como refletir sobre o “problema-droga” sem pensar na produção de saúde-doença, numa dimensão biopsicossocial da saúde, haja vista que a produção de saúde requer a interação de diferentes determinantes (ESCOREL, 1998).

Verificamos, assim, a relação desse consumo com história de vida, com o processo de desenvolvimento afetivo, emocional e psicológico dependente de fatores tanto conscientes quanto inconscientes. E também, é claro, de fatores sociais, ambientais e educacionais. Somos permeados pela cultura e nela imbricados, naquilo que nos organiza como sujeitos singulares, mas também componentes de uma rede de contatos e relacionamentos (BUCHER, 1988, BRASIL, 2003). Nesse sentido, os significados e sentidos que as mulheres dão ou darão a esse consumo relacionam-se com a sua inserção no contexto sociocultural.

Segundo Olievenstein (1983; 1991b), o uso nocivo e dependente de drogas responde a um desequilíbrio afetivo e a uma circunstância social insuportável, assumindo a droga a função de redução ou alívio provisório desse mal-estar.

Nessa perspectiva, salienta esse autor que o uso de droga é evasão da realidade dura e insuportável. Os movimentos do toxicômano dirigem-se ao escape e à eliminação da tensão. A fuga desesperada para o uso nocivo ou dependente da substância psicoativa é a evasão da relação com o outro, mas, sobretudo, da relação consigo mesmo. O homem está buscando substâncias que lhe transformem o espírito, não somente sua relação com o mundo, mas o próprio mundo.

Assim, Ponczek (1997), Zilberman *et al.* (2003) e Brasiliano (2003) afirmam que o uso de drogas exerce algum papel psíquico, comumente o de lidar com angústias muito profundas e precoces. As substâncias psicoativas, então,

ocupam o lugar de “anestésicos da alma”, da existência, proporcionando o distanciamento das dores de sentimentos profundos.

Esses autores sinalizam que o efeito químico provisório suspende e alivia os sentimentos profundos de dor e de feridas intensas e densas criadas ao longo da vida para a sobrevivência emocional, aliviando o sofrimento psíquico. Assim, a droga, substância mágica e fascinante, alija o sujeito do confronto com o desamparo, brindando-o com a sensação de plenitude e isenção da dor.

Sendo os tempos contemporâneos o reino da hipervelocidade (CHARLES; LIPOVETSKY; VILELA, 2004) produtora de sujeitos cada vez mais sem sentido e sem contato, vivemos a era da transformação dos objetos de prazer em objetos de consumo. O outro não existe mais como sujeito, mas como objeto de consumo. O tempo e a vida são demarcados pela oferta incessante de objetos que têm a finalidade de inibir o surgimento da tensão, da angústia e da dor. Aceleramos para não fazer contato, e na aceleração não percebemos nem sentimos o que nos acontece. Consumimos, entupimo-nos.

Nesse mar de pluralidade e aceleração, a relação com a droga é previsível e supostamente controlável, contrapondo-se à incerteza da vida (VALLEUR, 2005).

A droga, portanto, entra na sociedade de consumo como possibilidade de alívio da angústia de existir. Por isso, Pinho (2005) destaca o fascínio da droga: a promessa de que o sujeito não se confrontará com o desamparo. O efeito da droga é um estado almejado, meio de obter satisfações indisponíveis na vida cotidiana.

Por isso o consumo de tais substâncias, de modo nocivo ou dependente, denomina-se patologias do desamparo, apontando as características do nosso tempo. O resultado disso é um individualismo extremo, atenuando vínculos sociais de subjetivação, o que leva os sujeitos à solidão e ao desamparo. A vida fugaz e vulnerável, nesse aspecto, torna a droga um objeto de consumo

sedutor para o distanciamento do mal-estar (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003).

Consequentemente, a droga é mais um objeto de consumo nesse emaranhado de redes. Segundo Brasiliano (2003), quando se impedem as faltas, as carências, as lacunas do humano, o que se produz é um profundo isolamento social e afetivo. E Olievenstein (1991b) aborda ainda o vazio ideológico e espiritual da nossa sociedade, definindo a droga como autoprazer exclusivo, que possibilita ao sujeito não depender do outro, como se o usuário de droga precisasse ingerir tais substâncias para suportar sua inserção social.

O significado simbólico de ocupação do vazio, da falta, que a droga preenche na economia psíquica, visa à obtenção de prazer, alívio e, em alguns momentos, desprazer. E também para a mulher essa substância funciona como meio de lidar com os sofrimentos (PINHO, 2005).

Segundo Olievenstein (1983; 1991a; 1991b), a dependência é a busca demasiada e repetida do prazer pela incapacidade de lidar “adequadamente” com a dor de existir. A ambivalência frente à vida revela-se mesmo diante da possibilidade e desejo de interrupção desse uso, com a escolha ou continuação do tratamento, pois o sujeito considera demasiado complexo ver-se no mundo desconectado da substância.

Essa relação única de dependência na vida, mediante a vinculação única e estreita com a droga, não produz autonomia e nem outros sentidos, engendrando “dependências” para além das substâncias.

Portanto, a dependência vai muito adiante da vertente física, havendo mesmo certa relação afetiva com a droga escolhida. Esse contexto restrito limita a própria vontade de abandoná-la, sendo compreensível que a busca de ajuda ou tratamento se dê em meio à ambivalência do “quero, mas não sei se ainda quero” a interrupção desse uso, da substância parceira, do qual é dependente (RIBEIRO, 2009).

O aumento do uso de drogas por mulheres, cuja constatação é cada vez mais alarmante nos levantamentos epidemiológicos nacionais (CEBRID, 2006; LARANJEIRA *et al.*, 2014) e mundiais (UNODC, 2014; WHO, 2014), indica que o público feminino também está demarcado pelos valores da contemporaneidade, e por sua vez, procura formas de relacionamento com a produção do sofrimento e incertezas do momento, buscando sentidos para a compreensão da angústia, solidão e insatisfação da existência.

Os aspectos psicológicos fundamentais que levariam ou levam as mulheres ao consumo de substâncias psicoativas são situações como depressão, ansiedade e baixa autoestima. Uma necessidade imperativa de tamponamento de sentimentos de culpa e a busca de anestésicos sobrepõem-se como suporte à lembrança de dores da violência, da incompreensão e do abandono dos pais. Em contrapartida, para os homens essa motivação acontece essencialmente no tocante às disposições antissociais (AQUINO, 1997).

Pinho (2005) destaca que o uso de drogas por mulheres refere-se aos dilemas existenciais, quando se ausenta o sentido da existência e se instala uma falta, um mal-estar incompreensível e intolerável, características do tempo em que vivemos, com todo o seu excesso e carência de sentido. Além disso, a relação com a droga assinala a possibilidade de lidar com as exigências à mulher, evidenciando o papel significativo das substâncias psicoativas para as mulheres, ao acenarem com a desconexão da dor e de sensações angustiantes e indesejáveis.

Ribeiro (2009) confirma essa constatação ao observar, em sua pesquisa sobre adesão de mulheres ao tratamento, que o uso de álcool e de drogas ilícitas muitas vezes relaciona-se à fuga de sentimentos ruins, de depressão, vitimização, pressões familiares ou de profunda solidão. As mulheres dessa pesquisa usavam substâncias psicoativas para o alívio e o esquecimento dos problemas.

Segundo Aquino (1997) e Ponczek (1997), as usuárias de drogas conseguem enfatizar seu sofrimento, percebendo que, ao retirarem a cortina química da

existência, deparam-se com histórias a serem contadas sobre si mesmas, relacionadas às histórias familiares de profundas e graves feridas. Os dados das mães dessas mulheres refletem histórias de abandono, suicídio, internações psiquiátricas, assim como o uso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool e outras drogas. Encontram-se igualmente na referência paterna histórias de alcoolismo, outras drogas, comportamento violento, abandono do lar e abuso sexual.

Essas histórias de vida marcadas por perdas, violência física e sexual e abandono podem indicar que a vitimização na infância alarga o risco de posterior abuso de drogas, bem como de comércio sexual, aspectos complicadores e desafiantes no processo de cuidado de si e tratamento (VADDIPARTI *et. al.*, 2006).

Um aspecto importante e ampliador da vida foi enfatizado por Pinho (2005) no trabalho com as mulheres de seu estudo qualitativo, que demonstraram querer aprender a lidar com as dificuldades emocionais de suas histórias de vida, sem recorrerem à substância psicoativa para a retirada do mal-estar existencial.

Essa autora ainda destaca que as mulheres não configuram um grupo homogêneo, e que há diferenças tanto em relação às substâncias usadas quanto aos contextos socioculturais de pertinência, não existindo, portanto, a mulher drogada universal (PINHO, 2005). Com isso, reafirma-se a colocação de Olievenstein (1983): por trás do vocábulo toxicômano, o que se encontra são personalidades humanas diversas e variáveis.

Partindo do pressuposto conceitual de que a droga nada mais é do que um objeto dotado de sentido e significado para o sujeito – e especificamente para as mulheres – de supressão de ausência, de falta, porém com as devidas singularidades e especificidades do feminino, o foco do tratamento nas necessidades da pessoa como sujeito e não como objeto-substância é o destaque do capítulo seguinte.

3 MULHERES E O CUIDADO DE SI: TRATAMENTO

Neste capítulo pretendemos evidenciar os motivos que levam as mulheres usuárias de substâncias psicoativas à procura de espaço de cuidado e os indicativos necessários, segundo estudos e pesquisas nesse âmbito, para a atenção singularizada às mulheres nesse ambiente, com atenção, acolhimento e tratamento vinculados às demandas e às necessidades femininas.

Os motivos que levam a dependente de substâncias psicoativas a buscar tratamento são diversos. Entretanto, esse pedido de ajuda acontece quando a substância psicoativa começa a ocupar lugar de grande desprazer ou a acarretar perdas significativas. Outro aspecto significativo dessa procura é a evidente preocupação das mulheres com a opinião da sociedade, além das perdas e estigmas sociais e da desvalorização por parte daqueles situados no entorno (COHEN *et al*, 2007; RIBEIRO, 2009).

Essa procura e esforço para se manter em tratamento decorre de muitos problemas de saúde, quadros depressivos e grandes perdas psicossociais, como separação do marido, afastamento da família e perda de emprego (RIBEIRO, 2009).

Hernandez-Avila, Rounsaville e Kranzler (2004) corroboram esse pensamento ao destacarem que a entrada das mulheres no tratamento se deve principalmente ao início precoce de complicações de saúde e psicossociais ou, ainda, à severidade dos problemas psiquiátricos, mais frequentes e graves nas mulheres do que nos homens. Outros mobilizadores são motivações externas, por exemplo, o medo de perderem os filhos por imposição judicial (COHEN *et al*, 2007; RIBEIRO, 2009). A gestação também pode propiciar a entrada no tratamento, impelindo as mulheres ao cuidado, pela preocupação com o bebê (WHO, 2014).

Segundo Aquino (1997) a mulher inicia o tratamento necessitada de anestesia das emoções muito fortes, precisando sedar a raiva e o desejo, mal

acomodada na posição de se anestesiar como sujeito desejante. E quando suspende o uso da substância psicoativa, os sentimentos começam a surgir, emergindo igualmente a reclamação do parceiro, da família, que preferem “as mulheres anestesiadas”, mais calmas, sedadas. Ao conectar-se com os sentimentos, enunciar as reclamações, situar-se como sujeito, gera pressão, o que pode indicar recaídas durante o tratamento.

Para Zilberman *et al.* (2003), Brasiliano (2003) e Assis e Castro (2010), entre os entraves à procura do espaço de tratamento pela mulher estão, por exemplo, sentimentos de desespero, dor, vergonha, culpa e solidão, que vêm acompanhados da sensação de que não tem direito a essa procura, além de preconceitos, críticas, julgamentos e condenações sociais.

Essas autoras ainda destacam, como um dos entraves à procura do tratamento, o ocultamento, pela família, da mulher usuária de substâncias psicoativas. Porém esse apoio familiar é fundamental para a chegada e o acompanhamento do tratamento da mulher. Também dificulta a busca de tratamento o companheiro ser igualmente usuário dessas substâncias (ZILBERMAN *et al.*, 2003; BRASILIANO, 2003).

Aquino (1997) destaca que é mais comum para a mulher esconder o problema com a bebida, por exemplo, pois isso tem valoração social vergonhosa, até mesmo por parte de familiares, dificultando tanto a procura quanto a vinculação ao tratamento. Tradicionalmente, os serviços de atenção aos usuários de drogas são destinados a pessoas de padrão nocivo ou dependente que tratam em condição de igualdade, em suas ofertas terapêuticas, homens e mulheres, e, em geral, até mesmo os grupos são mistos. Contudo, um número muito inferior de mulheres busca tratamento especializado, se comparado ao de homens (OSÓRIO; SALAZAR; CUSKER, 2001).

O fundamental de programas assim – voltados ou não exclusivamente para mulheres – é partirem do referencial conceitual e da compreensão de que o sujeito tem precedência à substância psicoativa, e só depois é que se segue

dependência de quaisquer substâncias psicoativas (DAVIS, 1994; OLIEVENSTEIN, 1983; BRASIL, 2003).

Conforme Zilberman *et al.* (2003) e Brasiliano (2003), o trabalho de cuidado e atenção deve enfatizar o acolhimento da angústia com vistas à sua elaboração. Assim, o tratamento deve priorizar a mulher em detrimento da dependência propriamente dita, uma vez que a droga é simbolicamente refúgio contra a angústia da vida e da existência.

A atenção e o cuidado às usuárias de substâncias psicoativas, portanto, devem se voltar às singularidades e às características específicas das mulheres, com foco terapêutico no sujeito-mulher e não na dependência (ZILBERMAN *et al.* , 2003; BRASILIANO, 2003).

Estudos como o de Brasiliano e Hochgraf (1999), Grella *et al.* (1999) Orwin, Francisco e Bernichon (2001) e o de Ashley, Marsden e Brady (2003) constataram que as mulheres com padrão de dependência das substâncias psicoativas alcançam benefícios significativos quando cuidadas e atendidas em programas a elas destinados, viabilizando integralmente sua participação e atenção.

A recomendação do grupo específico está baseada principalmente na possibilidade de participação integral da mulher. Em princípio, os pesquisadores referem que este tipo de grupo favorece a intimidade, o calor e a livre troca afetiva. Este clima estimula o desenvolvimento de variados comportamentos e habilidades, elementos fundamentais na recuperação da mulher dependente química, que apresenta como uma de suas dificuldades centrais o relacionamento interpessoal (BRASILIANO, 2003, p. 200).

Brasiliano (2003) indica que a chegada ao tratamento é um momento extremamente valioso, em que uma cuidadosa anamnese deve ser empreendida para o conhecimento do histórico de vida, com vistas à oferta de um projeto terapêutico que faça sentido. Além disso, o acolhimento favorece tanto a vinculação quanto a continuação no espaço de cuidado.

Segundo Ashley, Marsden e Brady (2003) e UNODC (2004), os programas avaliados como bem-sucedidos para o cuidado de mulheres dependentes sustentam a exclusividade e conjugam internação com regime ambulatorial. E, quando em fase ambulatorial, indica-se que alguns dias da semana sejam específicos para mulheres, sugerindo-se também que na equipe de trabalho predominem mulheres para facilitar a identificação. Destaque importante nesses programas é a atenção à Saúde Mental e não somente à dependência, visando o diagnóstico e tratamento adequados das comorbidades psiquiátricas.

Esses programas devem ser planejados e estruturados para atender integralmente à população feminina. O projeto terapêutico de cuidado deve ser personalizado com atividades de expressão corporal, trabalho com sentimentos e demandas específicas para essa população, com temas e ações pertinentes ao universo feminino, como gravidez, maternidade, relacionamentos, violência doméstica, abuso sexual, prostituição feminina, estigmas, cuidados pré-natais, ginecológicos e preventivos ao HIV, autoestima, problemas de saúde mental, incluindo suicídio (ASHLEY; MARSDEN; BRADY; 2003; UNODC, 2004).

Quando as mulheres estiverem em regimes intensivos de tratamento, os filhos devem ser incluídos na participação das atividades, favorecendo um clima de interação entre a mãe e os filhos. Isso proporciona que a mulher cuide simultaneamente de si mesma e do filho (ASHLEY; MARSDEN; BRADY; 2003; UNODC, 2004), sem preocupação com seus dependentes.

Outras ações também são indicadas: *workshops* ou terapias de grupo com questões pertinentes ao universo feminino; inclusão de suporte social para as necessidades como creches para os filhos e transporte; envolvimento de programas abrangentes; inclusão de líderes comunitários; atenção e conexão dos programas com a realidade cultural do local de inserção (ASHLEY; MARSDEN; BRADY; 2003; UNODC, 2004).

Cardinal (1991) reafirma essa postura para os programas destinados a mulheres, quando sinaliza:

Os métodos terapêuticos que podem ter sucesso no tratamento das toxicomanias femininas devem ser globais, devem decorrer de um conhecimento pormenorizado das variáveis psicossociais e culturais do indivíduo em tratamento, e devem centrar-se na necessidade da mulher de reaprender a viver com outros esquemas de valores, sociais ou individuais (CARDINAL, 1991, p. 287).

Chander e McCaul (2003) destacam que os serviços específicos para mulheres podem melhorar a adesão e a vinculação ao tratamento, quando comparados aos programas tradicionais mistos. Esses autores observaram que usuárias de substâncias psicoativas e com comorbidades associadas têm mais dificuldades de sustentação do tratamento. Por isso, os serviços básicos de saúde devem atentar para a identificação dessas situações, para o encaminhamento das mulheres com tais singularidades aos serviços específicos, favorecendo a sua melhoria de vida.

Autores como Davis (1994), Roth e James (1994), Kauffman, Dore e Nelson-Zlepko (1995) e Csat (2005) orientam os gestores do projeto terapêutico singular (PTS) a que este contemple aspectos como a construção de uma identidade pessoal, melhora da autoestima, desenvolvimento de relações interpessoais positivas, interação mãe-filho e treinamento vocacional, que seriam as diretrizes fundamentais no cuidado e reposicionamento da mulher com padrão de consumo dependente, aspectos dificilmente trabalhados em grupos mistos, geralmente mais voltados aos conflitos dos homens com a abstinência e sua manutenção.

Segundo Gree (2006), as mulheres tendem a ter resultados mais efetivos do que os homens no tratamento. E embora a pesquisa do gênero especificamente seja limitada, as pesquisas de serviços de saúde para mulheres devem considerar ou desenvolver metodologias para a melhoria dos cuidados primários na Atenção Básica ou nos contextos de saúde mental, com o aumento de encaminhamento de mulheres a tratamento da dependência especializada, a identificação de subgrupos de mulheres e homens que se beneficiariam com intervenções específicas de gênero e a abordagem de fatores de risco específicos de gênero visando o tratamento.

Kruk e Sandberg (2013), em estudo da lógica de Redução de Danos (RD) para fundamentação de componentes de um programa para a dependência feminina, concluíram que a principal barreira para a recuperação de mulheres dependentes relaciona-se ao atual quadro do tratamento da dependência, as leis vigentes sobre drogas e os sistemas de prestação de serviços. Para esses autores, uma expectativa das mulheres é que os serviços de recuperação baseados em RD facilitem com segurança a acessibilidade, mediante uma vida independente, embora integrada à comunidade.

Segundo Pinho (2005), é necessária a maior estruturação e divulgação de serviços especializados para que as mulheres usuárias de drogas compareçam, criando-se facilidades e acessibilidades para a saída do esconderijo e do consumo solitário de substâncias psicoativas. Com essa medida é possível um aumento no número de mulheres nos serviços, ampliando os dados desse consumo.

Quanto à avaliação de projetos e programas terapêuticos para usuárias de substâncias psicoativas, Warner, Alegria e Canino (2004) demonstram que as mulheres apresentam uma pior resposta aos tratamentos tradicionais, com a manutenção do uso da substância. Porém, quando o tratamento é focado nos problemas específicos femininos, tende-se a rever a relação com a substância, muitas vezes abandonando em definitivo a droga.

Hall e Van Teijlingem (2006), num estudo com grávidas usuárias de drogas, no Reino Unido, apontaram os benefícios da especificidade do serviço feminino, com atendimentos multidisciplinares e específicos para mulheres, em um mesmo ambiente. Esse trabalho destacou ainda a importância do despojamento de julgamentos e a relação de confiança com os profissionais.

Corroborando cada vez mais a especificidade do tratamento para mulheres usuárias de substâncias psicoativas, Wechsberg *et al* (2004), num trabalho feito nos Estados Unidos com mulheres de ascendência africana, reafirmou a hipótese de que intervenções focadas nos interesses e necessidades das mulheres são recompensadas com adesão e vinculação ao tratamento. Esses

autores também concluíram que a intervenção com elementos mínimos é melhor do que nenhuma, mas a intervenção focada na mulher e em suas necessidades aumenta a probabilidade da eficácia do tratamento e diminui a sua rejeição.

Continuando na especificidade, Saylor e Daliparthi (2005), pesquisando a adesão ao tratamento num projeto desenvolvido com mulheres americanas nativas, mostrou que a integração do tratamento oferecido com costumes nativos, criando um ambiente de comunidade, construiu um vínculo forte, potencialmente estabelecedor de uma rede de suporte, visando atender às necessidades femininas, e composto por profissionais e comunidade, num ambiente consistente e positivo.

O trabalho de Hochgraf (2001), numa pesquisa brasileira com mulheres farmacodependentes, confirmou que serviços de atendimento específicos para mulheres que abarcam assistência social e legal, atendimento familiar, profissionais da autoestima e do corpo, bem como grupos de psicoterapia, são mais eficazes. Afinal, depois de seis meses, 66,3% das mulheres em um programa específico permaneciam em tratamento, contra 43,9% de mulheres em programa misto.

Greenfiel *et al.* (2007) demonstraram numa pesquisa norte-americana que mulheres são mais propensas a falar de problemas psicossociais relevantes em um grupo somente de mulheres. O conteúdo específico do grupo focado nas mulheres, combinado com o maior conforto em discutir aspectos íntimos de prevenção de recaída num espaço somente feminino, pareceu propiciar melhorias na condição da mulher. Além da discussão mais aberta e confortável, observou-se maior compreensão e aceitação no grupo formado apenas por mulheres, e o grupo ainda ajudava a perceber os disparadores para o consumo da substância psicoativa relacionados a particularidades femininas.

Nóbrega (2005) apontou que as mulheres necessitam de acolhimento diferenciado, atentando ao despojamento de preconceitos culturalmente

estabelecidos e também ao trabalho específico das questões de autoestima feminina.

Ribeiro (2009) apontou que o acolhimento no serviço é ponto central para as mulheres, pois esse contato influencia substancialmente a vinculação ao tratamento, pois as pacientes relataram que, pelo bem-estar com os atendimentos, procuram comparecer, e aquelas que, em algum momento, sentiram-se mal atendidas deixaram de participar por algum tempo. Relatos das mulheres também indicaram a necessidade de um espaço de compartilhamento de experiências e angústias, algumas solicitando espaço maior por considerarem o tempo insuficiente.

Prendergast *et al.* (2011) relatam que, após pesquisas indicarem que as necessidades de tratamento das mulheres são diferentes dos homens, pesquisadores e clínicos têm argumentado que os programas de tratamento de drogas para as mulheres devem ser projetados para levar em conta as suas necessidades. Tais programas tendem a admitir apenas as mulheres e incorporar filosofias e atividades baseadas em um modelo social, baseado na camaradagem sensível às necessidades femininas.

Quanto à oferta de atenção especializada para mulheres, o estudo de Ribeiro (2009) constatou ser de fundamental importância a atenção integral e centralizada, pois algumas mulheres sugeriram que pudessem receber toda Atenção Básica necessária em um só lugar, incluindo atendimentos de outras especialidades médicas. Assim, centralizar os atendimentos pode favorecer a vinculação, especificamente ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas.

Outro aspecto destacado nesse estudo de Ribeiro (2009) foi o incômodo relatado pelas mulheres com o grupo misto e menos focado nos interesses femininos. Para o trabalho com mulheres, verificou-se que um grupo homogêneo com participantes constantes deixa as mulheres mais à vontade para expor pensamentos e dificuldades, além de ser mais acolhedor. Nesse espaço, é possível ser aceita sem temer críticas, algo importante para a

dependente, haja vista que o olhar do outro a faz ver-se, e para prosseguir no tratamento, abrindo mão de sua grande fonte de prazer, precisa reconhecer-se positivamente.

Segundo Greenfield e Grella (2009), os programas e tratamentos focados no conteúdo feminino sustentam resultados positivos quando incluem creches e assistência médica geral, habitação, formação profissional e emprego, além de cuidados de saúde mental para as comorbidades.

Está clara a importância, portanto, da especificidade no trabalho com as mulheres, num ambiente propiciador de falas e expressões para além das substâncias psicoativas, favorecedores do cuidado de si e consequente vinculação ao espaço de cuidado.

Além disso, e caminhando paralelamente a esse espaço específico, o trabalho deve se preocupar com o acolhimento, vinculação e consequente continuidade (NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008; FRACOLLI; ZOBOLI, 2004; GOMES; PINHEIRO; LAMPREGA; FURTADO, 2005; PINAFO; LIMA; BADUY, 2008).

E o acolhimento dos trabalhadores de saúde em todo o serviço, fundamentado na escuta dos usuários, oferecendo compreensão e resposta aos problemas de saúde, objetiva criar um vínculo de relações próximas e sensíveis ao sofrimento do outro, possibilitando intervenções mais humanas, menos burocráticas ou impessoais (BRASIL, 2004a).

O cuidado com as mulheres deve se revestir de especial atenção, visando à diminuição dos entraves da acessibilidade ao tratamento, favorecendo o acolhimento nos serviços de saúde. Ressalta-se a necessidade de cada vez mais pesquisas e estudos que compreendam o universo feminino e suas necessidades ante o consumo de substâncias psicoativas.

Partimos do referencial conceitual de que o uso de droga suspende provisoriamente a realidade no seu alívio, o que, de acordo com Olievenstein

(1983), faz com que o dependente de droga mescle e inebrie todas as ações, fazendo cessar a tensão e a pressão do mundo.

O importante é investigar o uso geral e especificamente feminino de drogas (lícitas ou não) e os valores que dirigem a cultura do consumo no momento contemporâneo, quando a incerteza produz o vazio do desencontro, a aceleração sem contato, a dor da solidão e a angústia da finitude, indicadores do uso de drogas pelas mulheres, como forma de lidar com o sofrimento próprio do nosso tempo (PINHO, 2005).

A seguir, entramos no campo da PAIUAD (BRASIL, 2003) e do CAPS AD, enunciando o funcionamento desse dispositivo para chegar ao CAPS AD (CPTT), campo de nosso estudo.

4 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O propósito deste capítulo é evidenciar brevemente os princípios da PAIUAD, no Brasil, bem como a expansão e os avanços do trabalho de atenção expresso pela RAPS. Dessa rede, focaremos no CAPS AD, dispositivo da atenção psicossocial especializada, parte da nossa discussão neste estudo. A seguir, situaremos o CAPS AD (CPTT) para destacar o trabalho desse serviço, local de nosso estudo, cujo Grupo de Mulheres se apresenta como oferta terapêutica nesse equipamento de Saúde Mental.

4.1 ASPECTOS GERAIS

Este trabalho está alinhado com a PAIUAD (BRASIL, 2003), primeiro texto escrito de uma política nessa atenção, com diretrizes da III Conferência de Saúde Mental, de dezembro de 2001, com o tema “Cuidar, sim; excluir, não” – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Esse acontecimento demarca um ponto de virada para a atenção, em Saúde Mental, a usuários de álcool e de outras drogas, de forma singularizada e sistematizada no Sistema Único de Saúde (SUS), pois até então essa atenção era indiferenciada e tratada junto às questões de transtorno mental (BRASIL, 2002f; BRASIL, 2003).

Essa política compreende que o consumo de substâncias psicoativas gera problemas para a saúde pública, tendo como estratégia de intervenção a política de RD, o estabelecimento dos CAPS AD, as redes assistenciais e o conceito de território, com ênfase na reabilitação e na reinserção social dos usuários, mediante a uma oferta de cuidados fundamentada nos dispositivos extra-hospitalares (BRASIL, 2003).

A RD, na verdade, emerge como resposta à crise instaurada pela AIDS na década de 80, com estratégias para evitação/redução da transmissão do vírus

HIV entre usuários de droga injetável (MARLATT, 1999ab) e busca a prevenção e minimização dos efeitos adversos do consumo de drogas, sem interferir na oferta e no consumo (BRASIL, 2001). Pode ser usada para o álcool (LARIMER et al., 1999), bem como a cigarros e nicotina (BAER; MURCH, 1999). Além disso, refere-se ao respeito à liberdade de escolha, pois muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, requerendo, no entanto, que se minimize o risco de infecção pelo HIV e hepatite (BRASIL, 2001).

Essa abordagem clínico-política (BRASIL, 2003) ultrapassa o foco da mera abstinência e amplia as possibilidades nessa atenção, partindo do princípio de que não existe tratamento específico para todos (NIDA, 2001). Portanto, o princípio centra-se na diversidade de ofertas para essa clientela, com a afirmativa: “Nenhuma forma de atendimento pode ter a pretensão de ser útil a todos, principalmente numa condição tão complexa como é a da dependência” (MASUR, 1984, p. 47).

Mediante essa perspectiva ampliada, essa política não faz uma relação unicausal dessa problemática com a criminalidade ou com a adoção de modelos de exclusão para o cuidado desses usuários. A confecção de novas estratégias de intervenção configura-se num desafio, que é o de aliar o âmbito clínico de intervenção com o campo da saúde coletiva, que comumente são vistos como áreas separadas e oponentes, visando atuações com novos olhares, contato e vínculo com usuários e familiares para promoção de diversos programas de prevenção, tratamento e promoção de saúde em consonância às diferentes necessidades desses usuários (BRASIL, 2003).

As ações, portanto, devem acontecer no território geográfico e existencial dos usuários, com intervenção na construção de redes de suporte social, visando à criação de novos movimentos possíveis na cidade, e também avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares. Assim, o local da ação, portanto, deve acontecer por onde circulam os usuários, bem como equipamentos de saúde flexíveis abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, de assistência social, de educação, de trabalho, de promoção

social, no qual os equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e aconteçam de forma associada (BRASIL, 2003).

Nessa política, novos dispositivos de atenção foram criados durante o período 2007 a 2010 visando ampliar o acesso, fortalecer a rede de tratamento do SUS e responder às novas demandas dos usuários de drogas e, também, ao desafio colocado pela mudança do perfil do consumo de *crack* no Brasil (BRASIL, 2011a).

Dentre esses dispositivos destacamos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e de outras Drogas no SUS (PEAD) e o Plano *Crack*.

O PEAD priorizou a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e de outras drogas, com ações intersetoriais tentando alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011a).

O Plano *Crack* veio como resposta a evidência da nova configuração do consumo dessa substância no Brasil, com aumento do consumo em diferentes regiões, detectado por pesquisas epidemiológicas, pelo aumento da procura por tratamento, e igualmente pela abordagem intensa, indevida e inadequada, da mídia. O objetivo desse plano é a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas, com diretrizes e ações executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2011a).

Esse plano convoca à reflexão de suas propostas. Dentre várias reflexões, elegemos o privilégio dedicado a uma substância específica, o *crack*. Ao se privilegiar essa substância, desloca-se o olhar do sujeito para a substância-objeto, sem se considerar o nível de complexidade que o uso de drogas implica, o campo da oferta dessa substância na atualidade, as condições sociais dos sujeitos que se ligam a essa substância e as políticas públicas para a juventude e os adultos, numa proposição efetiva de circuitos correntes do uso de substâncias psicoativas (ROTTELI, 1992).

Dando continuação ao processo de cuidado do sofrimento daqueles que são acometidos pelos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a expansão da RAPS no SUS consolida-se quando o MS, regulamentou e instituiu, em 2011, portanto oito anos depois do primeiro texto escrito da política de álcool e outras drogas nos País, a RAPS com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas tanto com sofrimento ou transtorno mental, quanto com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b). Entretanto, considerando que o foco de nosso trabalho refere-se ao campo da atenção aos usuários de drogas, centraremos nossa atenção nesse eixo.

A RAPS é constituída por serviços e pontos de atenção para garantir a realização dos seus objetivos: **Atenção Básica** (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Atenção Básica - Consultório na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – Centros de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD); **Atenção de Urgência e Emergência** (Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) 192; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros); **Atenção Residencial de Caráter Transitório** (Unidade de Acolhimento (UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial, inclusas as Comunidades Terapêuticas); Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada, em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência com internações de curta duração); **Estratégias de Desinstitucionalização** (cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a

promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social); e **Reabilitação Psicossocial** (ações intersetoriais por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários cooperativas sociais) (BRASIL, 2011b).

Apesar da ampliação dos pontos de acesso ao cuidado, essa rede ainda apresenta problemas que a lançam na contramão da reforma psiquiátrica brasileira, quando se registram as comunidades terapêuticas como lugar de tratamento, descaracterizando o legado e a responsabilidade de uma política pública nessa atenção. A própria PAIUAD, em seu texto, esclarece e assume que o problema do uso de drogas é uma questão de saúde pública.

Isso demarca, portanto, outro aspecto, que é o deslocamento de uma verba pública para a “terceirização” de um cuidado e atenção de responsabilidade governamental, destoante principalmente da diretriz norteadora e conceitual da Conferência Nacional de Saúde Mental e da PAIUAD, que tem como marco a cidadania, os direitos humanos e a reinserção social. As comunidades terapêuticas partem de pressupostos completamente distintos, por adotarem uma lógica reclusiva e de confinamento.

Assim, apesar das novas diretrizes públicas, ações e dispositivos que ampliam e inovam a assistência nessa atenção, ainda existem muitos impasses, pois esse cenário também é marcado por refluxos e retrocessos. O advento do uso do *crack* mobilizou os setores da população em geral e as autoridades legislativas, em diferentes discursos que vai da onda do cuidado ao confinamento do usuário, execrando as propostas já posicionadas para o usuário de drogas, preconizadas por toda a expansão nessa atenção destacada anteriormente.

A proposta de “cuidado” defendida e organizada pela bancada religiosa no Congresso¹⁵ demarca o retrocesso no campo dessa atenção, quando se discursa que a única e monolítica possibilidade de cuidado para esses é a internação compulsória, sem antes usufruir de uma atenção territorial ou mesmo nos equipamentos/dispositivos CAPS AD, banalizando-o e colocando-o sem resolutividade, desconsiderando toda a potência desse equipamento e do processo histórico de construção desses dispositivos da desinstitucionalização (AMARANTE, 1994; 1996; 2007).

O retrocesso pode também ser identificado, quando o próprio governo cria leitos para internação, reinstaurando uma lógica da institucionalização, aspecto tão trabalhado pela reforma psiquiátrica brasileira com a lógica da desinstitucionalização. Haverá leitos para todos? E o usuário, o principal interessado, como fica? Indagações que não temos a pretensão de responder.

Com isso, demarca-se uma disputa de financiamento para o cuidado, principalmente, tentando a produção de um discurso hegemônico, cristalizado como uma única possibilidade de cuidado para o usuário, qual seja, a internação numa comunidade terapêutica. Que ética de cuidado é essa? Afirmativa nessa única possibilidade de tratamento, contrariando o que a literatura nesse campo indica, em prol da diversidade do cuidado e de ofertas terapêuticas (MASUR, 1984, NIDA, 2001).

Desdobramentos se dão. Por exemplo, a família igualmente pede internação, em consonância com essa produção discursiva alienante e alienada, embora, o sofrimento familiar diante dessa questão não seja alienante ou alienado, pois é da ordem da crueza da realidade imperativa de um não saber o que fazer diante do familiar que, em princípio, opera outra forma de estar no mundo

¹⁵ Estamos nos referindo aqui a discussão atual feita em torno da internação compulsória para usuários de *crack*, e também do Projeto de Lei 673/11 proposto pelo Deputado Estadual Orlando Bolçone, do Partido Socialista Brasileiro (PSB), do Estado de São Paulo. Esse projeto prevê a internação compulsória para crianças e adolescentes em situação de uso de drogas, para tratamento médico, sem a autorização dos pais para tanto. Porém, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, mediante o Núcleo Especializado da Infância e Juventude, deu parecer contrário ao mesmo (PROMENINO, 2011).

quando se descuida ou intoxica-se com as substâncias psicoativas de forma nociva ou dependente ou, para fazer-se suportar.

Entretanto, esse sofrimento familiar passa a ser capturado pela sociedade do espetáculo (DEBORD, 1997), a dor e o sofrimento são apropriados por esse discurso que reafirma que “a única saída” é a internação. Com isso, quem ganha é o lado mais conservador, operando ao lado da religião, e com isso opera-se uma distorção no olhar, saindo-se da ótica do cuidado em saúde, cabendo a reflexão sobre como fica o usuário, principal interessado, nesse processo.

A pressão também chega aos profissionais de saúde que são solicitados a encontrar “soluções imediatas” para problemas construídos socialmente e de longa data.

Em contrapartida, os avanços da rede extra-hospitalar se impõem, pois os CAPSs trabalham na defesa dos direitos e da reinserção social não alienada, mas sim, compromissada com a autonomia e o reposicionamento desse usuário frente à dura realidade que é viver.

Quanto às mulheres, apesar dos avanços notórios no campo das políticas públicas de Saúde Mental, ainda não se tem consolidado uma atenção e cuidado singulares para as mesmas, exceto na portaria que preconiza a normatização do CAPS III quando designa leitos para mulheres (BRASIL, 2010), e nem no desenho da RAPS. Sabe-se de atenção, para as gestantes em uso de *crack*, advento que marcou essa necessidade.

Apesar da II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres ter contado com a participação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CNSM), conjuntamente, terem estabelecido algumas prioridades para o governo, no ano de 2007, essas ainda não se concretizaram destacando-se: a construção de ações estratégicas de saúde mental e gênero; a construção de ações estratégicas para a atenção às dependentes e usuárias de uso novico de álcool e de outras drogas, na perspectiva de RD (BRASIL, 2011a).

Ainda em 2008, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher e apoio da Secretaria Especial de Políticas para a Mulher, além de pesquisadoras e profissionais do campo, realizaram um levantamento com as principais preocupações do campo em relação ao tema da Saúde Mental da mulher, no qual foram apurados: o aumento do uso de anfetaminas e benzodiazepínicos (que, regra geral, fazem parte das fórmulas manipuladas para emagrecimento), o aumento recente do consumo de álcool entre mulheres no Brasil, especialmente entre mulheres jovens, a tendência de crescimento das internações de mulheres por transtornos de humor, a tendência de crescimento dos transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério e a tendência dos serviços públicos de atenção à saúde e atenção à Saúde Mental de privilegiar respostas medicalizantes, diante de queixas difusas de sofrimento psíquico das mulheres (BRASIL, 2011a).

Apesar de todos os avanços e dos movimentos para dar conta desse hiato, essa lacuna está ainda para ser preenchida.

A seguir, enfocaremos da RAPS, os CAPS AD, como disposto da atenção psicossocial uma vez que é um ponto central na discussão de nosso estudo.

4.2 OS CAPSs AD E O CUIDADO INTEGRAL

O CAPS AD¹⁶ destina-se ao tratamento das pessoas que apresentam consumo prejudicial de álcool e de outras drogas, com a incumbência de produção do

¹⁶ As modalidades são: CAPS I para todas as faixas etárias, em regiões ou municípios com população acima de 20.000 habitantes. O CAPS II atende regiões ou municípios com população acima de 70.000 habitantes. O CAPS III atende adultos ou crianças e adolescentes e proporciona atenção contínua, com no máximo 12 leitos, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS AD para população acima de 200.000 habitantes. CAPS AD, serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário, atende adultos ou crianças e adolescentes, para população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010)

exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e seus familiares visando a promoção da vida comunitária e autonomia dos mesmos (BRASIL, 2002).

O objetivo desse serviço é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2013).

O MS, em 2010, estabeleceu que os CAPS AD passassem a funcionar 24 horas por dia, inclusive finais de semana e feriados, transformando-se na modalidade de CAPS AD III.¹⁷ Essa ampliação da assistência considerou o cenário brasileiro do consumo de substâncias psicoativas, principalmente, decorrente do uso do *crack*, portanto corroborando a necessidade de ampliação da oferta de serviços, visando a atenção integral e contínua dos usuários (BRASIL, 2010).

Essa nova modalidade de atenção, com o acolhimento noturno no próprio CAPS AD III revela-se como avanço significativo e importante na rede de atenção ao usuário de álcool e de outras drogas. Devido à necessidade de uma intervenção de maneira mais intensiva ao usuário, começou a ser implantado em alguns municípios, leitos de atenção integral ao sujeito, contudo sem uma equipe médica durante o período noturno, por não se constituir e caracterizar-se como uma estrutura que comporte urgências clínicas (BRASIL, 2010).

Ou seja, o acolhimento noturno com leitos é mais um ponto de atenção da RAPS, que deve contar com a organização de serviços que ofereçam tratamentos aos seus usuários em diferentes padrões de consumo de álcool e de outras drogas.

¹⁷ Considerando dados do MS de maio de 2014, no Brasil, temos 305 CAPSs AD e 59 CAPSs AD 24 horas (BRASIL, 2014b). No Espírito Santo, temos cinco CAPS AD e nenhum CAPS AD 24 horas (BRASIL, 2014c) Entretanto não há nesse cálculo formal a contagem do CAPS AD (CPTT) constando como 24 horas, porém já em funcionamento desde dezembro de 2011 em vias burocráticas de legitimação como 24 horas (VITÓRIA, 2011).

O acolhimento noturno tem como propósito a prevenção das recaídas, a proteção a condições de risco e vulnerabilidade social que gerem riscos graves ao tratamento da síndrome de abstinência (de leve a moderada). Os leitos desse serviço são regulados pela própria equipe do CAPS AD e não por uma central de regulação, considerando a vinculação da equipe com o usuário do serviço para direcionar o melhor e mais eficiente PTS (BRASIL, 2010).

Os recursos físicos de um CAPS AD devem comportar consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esporte e os leitos de desintoxicação, quando se tratar de um CAPS III AD 24 horas (BRASIL, 2002; 2010; 2011b).

O trabalho no CAPS AD é realizado por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo¹⁸ (BRASIL, 2002; 2011b).

As atividades de trabalho de qualquer CAPS AD para o cuidado e atenção dos usuários compreendem atendimento individual, em grupo e à família (individual ou grupal), atividades comunitárias, oficinas terapêuticas (corporais, expressivas, de saúde), oficinas de geração de renda, visitas domiciliares, desintoxicação ambulatorial e o 24 horas, assembleias ou reuniões de organização do serviço, tratamento medicamentoso, orientação, atividades de suporte social, ou seja, trabalho, educação, reinserção social, documentos, formação de associações de usuários e/ou familiares (BRASIL, 2004b; 2011a).

¹⁸ A modalidade intensiva significa o atendimento destinado aos usuários que, de acordo com o seu quadro clínico psicossocial atual, precisam de um acompanhamento diário; a semi-intensiva refere-se a um acompanhamento frequente do usuário na instituição, mas que não necessitam estar diariamente no CAPS AD; e a não intensiva refere-se a uma frequência menor à instituição (BRASIL, 2002).

O trabalho no CAPS AD é feito prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. E o cuidado é praticado mediante o PTS, abarcando o acompanhamento da equipe ao usuário e à família, bem como a constituição desses componentes, por meio de um profissional de referência para a assistência desse projeto. A ordenação do cuidado está sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e supervisão longitudinal do caso (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010).

O apoio matricial na Atenção Básica é uma das atividades do CAPS, tendo em vista a supervisão, a discussão clínica e o acompanhamento de projetos terapêuticos em conjunto (BRASIL, 2010).

Não se pode perder de vista que o CAPS é um lugar de passagem. E não um lugar que se desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. E o processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários possibilita a conquista gradual e cuidadosa da autonomia (BRASIL, 2004b).

A seguir, situaremos o trabalho do CAPS AD (CPTT), cenário de nossa pesquisa para a compreensão do contexto e do tratamento na instituição.

4.2.1 O CAPS AD (CPTT)

O serviço de assistência à saúde no município de Vitória organiza-se mediante bases territoriais, dividindo-se em seis regiões de saúde (Centro, Santo Antônio, Forte São João, São Pedro, Continental e Maruípe), com 27 territórios

de saúde¹⁹ (VITÓRIA, 2009).

A Política de Saúde Mental do município de Vitória vem operando na lógica de reorganização dos serviços de saúde no município, sob a perspectiva do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, articulando-se com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do MS, focando a atenção à Saúde Mental da infância e da adolescência, bem como ao uso nocivo e dependente de álcool e de outras drogas (VITÓRIA, 1999b), uma vez que os diagnósticos situacionais de saúde feitos evidenciaram, em todas as regiões de saúde do município, problemas relacionados com o uso dessas substâncias (VITÓRIA, 1995a, 1995b, 1995c, 1996a, 1996b, 1996c, 1996d).

No âmbito da saúde municipal, o CAPS AD (CPTT) é o serviço de referência no campo da atenção aos usuários de drogas lícitas e ilícitas, sendo o primeiro CAPS no Espírito Santo nesse tipo de atenção, inaugurado em 1992.

Em 2002, o CPTT, como até então era denominado, foi recadastrado como CAPS AD (BRASIL, 2002d) e, desde dezembro de 2011, funciona como CAPS AD III (serviço 24 horas), porém ainda em processo de cadastramento nessa modalidade, com oito leitos para o cinco para o sexo masculino e três para o feminino (VITÓRIA, 2011).

¹⁹ Vitória conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo quatro unidades básicas de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF); uma com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e vinte e cinco com a Estratégia Saúde da Família (VITÓRIA, 2014). Quanto aos serviços de referência, conta-se com dez Serviços de Referência: Centro de Referência ao Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em DST/AIDS, que funciona até as 22h, o Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), CAPS AD/CPTT e Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) (VITÓRIA, 2009). Em relação aos centros de especialidades, a rede conta com o Centro Municipal de Especialidades (CME), a Policlínica São Pedro, a Santa Luíza e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que funciona no CME. Têm-se também dois Prontos Atendimentos que funcionam 24 horas, um em São Pedro e outro na Praia do Suá (VITÓRIA, 2014). O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) dispõe de 12 módulos de orientação ao exercício localizados em praças, parques e praias e uma unidade volante – o SOE-Móvel – que promove visitas quinzenais em regiões desprovidas de módulo de orientação ao exercício, além de duas academias populares em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SEMESP) (VITÓRIA, 2009; VITÓRIA, 2014b).

Os desafios atuais do trabalho são enormes, ilustrados pelo uso de *crack* por homens e mulheres, o que requer a invenção de novas formas de cuidado que sejam úteis e façam sentido para esses usuários.

Outro desafio é o aumento da população em situação de rua, direta ou indiretamente relacionado ao uso do *crack*, produzindo sujeitos “sem lugar” e sem moradia, o que constitui fator de risco e desproteção ao tratamento e ao sujeito, bem como a fragilidade ou inexistência de relações familiares ou outras necessárias ao tratamento.

Dentre vários outros aspectos, sobressai a articulação do cuidado em rede, fundamental para a atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas, pois um único serviço, por si só, não consegue abranger toda a amplitude da problemática.

O trabalho em equipe no próprio CAPS AD é um desafio cotidiano, em que a articulação interna da rede é fundamental para a condução dos projetos terapêuticos de cuidados dos usuários e a articulação com a rede básica no trabalho de apoio matricial, no qual se constroem estratégias conjuntas de cuidado, fazendo o CAPS AD exercer um de seus papéis fundamentais, o apoio matricial na Atenção Básica (BRASIL, 2010; VICTAL BRASIL; ROMANHOLI, 2010).

O trabalho cotidiano é conduzido por equipe de atuação transdisciplinar com acolhimento e acompanhamento dos usuários no serviço, adultos, homens e mulheres, mediante ofertas terapêuticas individuais e grupais. Os familiares – estando ou não os usuários de substâncias psicoativas em tratamento – são acolhidos e ouvidos para suporte e compreensão do trabalho feito, em espaço e tempo diferenciados dos usuários ou em conjunto com esses, quando necessário (VITÓRIA, 1999c).

A chegada dos usuários ao serviço dá-se mediante o acolhimento agendado pessoalmente, por telefone, pelo próprio usuário, ou seu familiar, bem como

por meio de encaminhamento de instituições da área de saúde, justiça e afins (VITÓRIA, 1999c).

O acolhimento opera a transição das queixas iniciais do sujeito em relação a si próprio, à família e à sociedade para a implicação no tratamento, visando à responsabilização desse sujeito num projeto pessoal de tratamento para a própria autonomia, melhoria da qualidade de vida e cidadania (VITÓRIA, 2005a).

O acompanhamento do usuário na instituição acontece mediante a construção do PTS estabelecido de acordo com a sua situação biopsicossocial, vulnerabilidade e risco social. Congregando consultas individuais, grupos de acompanhamento, oficinas terapêuticas de produção e assistência farmacêutica (VITÓRIA, 1996d), esses projetos podem ter modalidade não intensiva, semi-intensiva, intensiva (VITÓRIA, 2005a) ou a permanência noturna (VITÓRIA, 2011).

O espaço da atenção diária (AD) no serviço representa um ambiente de convivência diária. É ali que acontecem as oficinas terapêuticas e encontros de grupos, dentre outros eventos. No espaço da AD se repensa a vinculação com a substância psicoativa, visando novos sentidos para a vida, tendo-se como regras básicas para esse espaço não usar a droga e não a portar (VITÓRIA, 1989), além da indicação terapêutica para frequentá-lo de acordo com o quadro clínico e psicossocial apresentado.

Outra tônica do trabalho é o apoio matricial junto à Atenção Básica do município, mediante a supervisão e discussão de casos clínicos, reuniões clínicas, visitas domiciliares, dentre outros, em suas seis regiões de saúde (Centro, Santo Antônio, Forte São João, São Pedro, Continental e Maruípe) (BRASIL, 2010; VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010).

A escolha do CAPS AD (CPTT) como campo de nossa pesquisa destaca-se por ser esse um serviço com enfoque psicossocial (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2002; 2011), para sujeitos usuários de substâncias psicoativas tanto

lícitas quanto ilícitas. Além disso, essa escolha se sobressaiu porque somos trabalhadoras desse campo, por ser um serviço de caráter público, acolhendo sujeitos em situação de uso de droga sem discriminação da substância utilizada, o que por si só já é motivador. Esse serviço tem como marco referencial conceitual estar aberto ao sujeito e não à droga “escolhida por ele” (VITÓRIA, 1989).

Apesar desse serviço, estar prestes a completar 22 anos de existência em dezembro de 2014, ele contempla em suas ofertas terapêuticas somente duas atividades exclusivas para mulheres (o Grupo de Mulheres e três leitos femininos para acolhimento noturno) não estando ainda organizado com mais ofertas terapêuticas singularizadas para as mulheres ou dias exclusivos para o seu cuidado.

A opção desse cenário refere-se igualmente à amplitude de suas ofertas terapêuticas de cuidado, em particular, o recurso destinado especificamente às mulheres, o Grupo de Mulheres, o que nos permitiu maior acessibilidade às participantes deste estudo.

Veremos agora como se deu a formação do Grupo de Mulheres como atividade terapêutica no CAPS AD (CPTT).

4.2.1.1 O CAPS AD (CPTT) e a Singularidade no Cuidado: Em Cena, As Mulheres

A seguir, contamos o processo histórico de construção do Grupo de Mulheres no serviço.

Uma oferta terapêutica específica para mulheres foi iniciada mediante a constatação, por parte dos profissionais,²⁰ de que as mulheres não se sentiam confortáveis para compartilhar e expor as dificuldades do uso de álcool e de outras drogas, sendo desconfortável a enunciação num espaço misto (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

Essa preocupação levou à criação de um grupo de acolhimento e acompanhamento simultâneos voltado exclusivamente a mulheres, visando à construção do PTS e ao acompanhamento para o tratamento.

Entretanto, a condução grupal, conjugando simultaneamente acolhimento e acompanhamento, não era satisfatória, por se tratar de momentos distintos. E, procurando formas de ultrapassar esse impasse, buscamos ferramentas teóricas para aprimorar o trabalho, entre as quais reside esta afirmação de Elia (2005):

[...] invariavelmente [...] se confunde acolher com tratar de modo prolongado ou estabelecido. É preciso operar uma disjunção entre acolher e tratar, para o que é necessário desfazer todas as concepções apriorísticas que porventura tenhamos de doença mental, tratamento mental (ELIA, 2005, p. 52).

Assim, a característica do grupo foi revista, e desde 2009 tornou-se unicamente uma atividade terapêutica de acompanhamento e aprofundamento das questões trazidas pelas mulheres, já que acolher difere de acompanhar e tratar (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

Os objetivos do grupo são diversos: suporte às mulheres mediante a troca de “vivências” e compartilhamento de emoções e experiências de vida relacionadas ou não ao uso de drogas; encontro com novas possibilidades de

²⁰ O Grupo de Acolhimento e de Acompanhamento para Mulheres foi iniciado no serviço por iniciativa da enfermeira Maristher Sarmiento Braga, em 1999. As psicólogas Luciana Maria Borges e Vanessa Camargo Perón também já coordenaram essa atividade. Desde 2007 até a presente data a coordenação desse trabalho é feita por Scheila Silva Rasch e Vera Cristina Mendes de Moraes, ambas psicólogas e integrantes da Equipe Técnica do CAPS AD (CPTT).

existência; busca da responsabilização pela condução da própria vida, rumo à autonomia (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

Adota-se como marco referencial de condução do trabalho a lógica da RD, princípio norteador da PAIUAD do MS (BRASIL, 2003) (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

O grupo se conduz verbalmente, com técnicas e dinâmicas expressivas e corporais, dentre outras. Atividades externas como passeios, visitas a exposições e feiras de artesanato também fazem parte do trabalho. Essas atividades propiciam, além de acesso à cultura, a inclusão de novos sentidos à vida endurecida dessas mulheres, com inserção em novos espaços da vida (praias, museus, exposições e parques, dentre outros). Quando necessário, as coordenadoras do grupo promovem visitas domiciliares às participantes do grupo (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

Novas participantes podem ser admitidas a cada encontro, após a inserção no serviço e encaminhamento dos grupos de acolhimento, configurando-se, portanto, o formato aberto. A atividade se dá uma vez por semana, às quintas-feiras, por tempo indeterminado, com duas horas por encontro e limitada a quinze mulheres, visando o contato, a qualidade na comunicação e a escuta dos relatos (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

As participantes são mulheres que consomem substâncias psicoativas lícitas e ilícitas nociva e dependentemente. O acesso ao grupo é voluntário, da mesma forma que ao serviço. As mulheres chegam à instituição voluntariamente ou mediante encaminhamento por instituições de Saúde, de Justiça, de amigos e de familiares.

As idades variam entre 25 a 60 anos. Todavia, cada vez mais mulheres entre 18 a 24 anos chegam ao serviço, indicando a precocidade do início do

consumo de drogas, por volta dos 11/12 anos de idade (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

A maioria das mulheres que frequentam ou já frequentaram o grupo tem filhos, são ou foram casadas formalmente ou já mantiveram relações estáveis. O desemprego e vínculos informais de trabalho são a sua condição funcional mais presente (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

O ambiente grupal favorece conversas de temas diversos trazidos pelas participantes, com a recorrência da relação com a substância psicoativa, as recaídas, os conflitos familiares e amorosos, a discriminação e o preconceito em relação à mulher, o trabalho, a violência contra a mulher, a guarda dos filhos, aspectos judiciais e principalmente a esperança de transformação (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

As mulheres trazem histórias, muitas vezes intensas e densas, que congelam tanto as participantes quanto as coordenadoras do grupo. Porém o aconchego, o calor e o contorno grupal favorecem a dissolução desse congelamento, derretendo-o entre risadas diante do trágico, da dureza da vida, mediante a escuta acolhedora, a solidariedade. Esses ingredientes afetivos transformam-se em potência e força que as impulsionam em trajetórias e caminhadas de cuidado de questões próprias. Trata-se de formas de tornar a vida mais leve, compartilhando os problemas e ouvindo propostas de solução, com mais leveza e suavidade. Esse elo de respeito à dor, da consciência de ter com quem contar, se apoiar, favorece o retorno ao grupo (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

O fundamental dessa experiência grupal é que cada vez mais o grupo potencializa o desabafo, o alívio de tensão, auxiliando na resignificação do sentido da vida de quem frequentemente não dispõe de outros ambientes para expor questões relativas ao uso nocivo e dependente de substâncias psicoativas e suas consequências. As mulheres se deparam com os estigmas,

os preconceitos e as afirmativas que as assinalam como meramente o mesmo: usuárias de drogas (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

A vinculação positiva e confiante entre as participantes do grupo entre si mesmas com as coordenadoras do grupo demarca uma significativa fluidez desse espaço. Esse campo terapêutico favorece reflexões e a apropriação do modo como usam a droga e principalmente a função que esta vem ocupando em suas vidas. Verificamos igualmente que essas reflexões parecem propiciar a diminuição e interrupção do consumo da substância (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

O Grupo de Mulheres, em conjunto com as demais atividades terapêuticas ofertadas pelo serviço, na composição do PTS de cada mulher, confirma-se como atividade terapêutica efetiva e exclusiva para mulheres, e igualmente como espaço propiciador de reflexão de cada participante na responsabilização por sua história de vida, deslocando o olhar e ação do ponto de vista da vítima da substância psicoativa – discurso recorrente de usuários de droga – para o de sujeitos capazes de escolhas (MORAES; RASCH, 2008; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE, 2011a; 2011b; 2012).

A seguir, descrevemos o referencial teórico de nossa pesquisa no CAPS AD (CPTT).

5 REICH, NEORREICHIANOS E O CUIDADO DE SI NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: OLHANDO PELA JANELA TEÓRICA O MOVIMENTO DAS FLORES

Este capítulo dedica-se ao referencial teórico reichiano e neorreichiano, escolhido para efetivação desta tese, considerando nossa inserção no âmbito das psicoterapias corporais de base reichiana e neorreichiana, com formações profissionais nessa área.

Para a compreensão dos conceitos aqui utilizados nesse campo referencial, apresentamos brevemente a produção científica de Wilhelm Reich e das escolas neorreichianas fomentadas pelo seu precursor, evidenciando a aplicação desse campo de conhecimento em diversas áreas. Além disso, destacaremos alguns conceitos reichianos e neorreichianos que nos auxiliarão em nossa análise de dados.

5.1 WILHELM REICH (1897-1957)

Reich fomentou o campo das psicoterapias corporais com o seu trabalho clínico e de pesquisas nessa área. Formado em Medicina, concentrando interesse inicial em Psiquiatria, Reich, com sua produção científica, articulou diferentes campos de conhecimento como Sexologia, Psicanálise, Epistemologia, Pedagogia, Sociologia, Biologia, Física e Meteorologia (REICH, 1989; 2001a; 2001b; 2009). Conforme sinaliza um dos estudiosos desse campo,

[...] Reich não foi um autor com atuação restrita aos limites de uma única área do conhecimento. Sempre com a mesma atitude otimista e acreditando na possibilidade de maior felicidade humana, lutou em todas as frentes que de alguma forma pudessem contribuir para a realização desse objetivo (ALBERTINI, 1994, p. 59).

A inquietação que movimentava Reich era descobrir o que é a vida. Para tanto, a filosofia do francês Henri Bergson é marcante para a reflexão reichiana. Para

Reich era inegável a existência de uma força criadora que regesse a vida e ele não podia ficar satisfeito enquanto essa força não fosse palpável, descrita e manejada na prática (REICH, 1986; BOADELLA, 1985).

A produção científica reichiana compreende didaticamente três momentos: o período psicanalítico (1919-1927), o período marxista (1927-1938) e o período orgonômico (1935-1957) (DADOUN, 1991): o período psicanalítico dessa produção é marcado pela inserção de Reich no campo da Psicanálise e pelo trabalho clínico e de pesquisas das causas sociais da neurose em centros de consulta de higiene mental, buscando resultados teóricos, clínicos, pedagógicos e políticos da teoria freudiana da libido (REICH, 2001; BOADELLA, 1985).

Na proposta freudiana o acesso à psique acontece mediante a fala, os sonhos e as fantasias. Reich seguiu essa perspectiva de trabalho, porém seus estudos, pesquisas e prática clínica construíram uma intervenção teórica e clínica diferente, que foi além da palavra, agregando ao processo terapêutico o corpo, estivesse este ou não em consonância com a fala (REICH, 1986; 2001).

O trabalho clínico de Reich, portanto, voltou-se a superar as limitações da Psicanálise no tratamento de neuroses. Assim, Reich verificou que a energia sexual é mais do que uma ideia e que a gratificação sexual aliviava os sintomas neuróticos. Com isso, ele elaborou e desenvolveu novas técnicas terapêuticas de supressão do caráter do paciente e da couraça muscular, visando o fluxo e descarga dessa bioenergia para alcançar o que ele chamou de potência orgástica, a capacidade de descarga total da excitação sexual no abraço genital (REICH, 1986; 2001).

Assim, Reich agregou à conversa, à associação livre e à análise dos sonhos intervenções corporais que objetivavam a aceleração e o aprofundamento do processo psicoterápico. Em seus livros *Análise do caráter* (REICH, 2001) e *A função do orgasmo* (REICH, 1986), ele demonstrou a importância da intervenção e concepção integradas dos aspectos mentais e somáticos

(unidade funcional), numa abordagem em que esses dois componentes se complementam.

Esse período demarca igualmente divergências teóricas entre Freud e Reich, por exemplo, sobre os conceitos de libido e pulsão de morte. Para Freud a cultura tem prioridade e as pulsões sexuais devem se adaptar à estrutura social. Para Reich o que existe é uma pulsão de vida e não de morte. Essas divergências teóricas distanciam Reich do circuito psicanalítico. Além disso, suas incursões pela política não interessavam à psicanálise naquele momento histórico (REICH, 1986; 2001a; BOADELLA, 1985).

Essas posições contraditórias levaram à ruptura entre Reich e Freud, e à exclusão de Reich da Sociedade Psicanalítica Internacional (BOADELLA, 1985; VOLPI, 2000). Todavia isso não o impediu de continuar o seu trabalho e movimento. Reich desenvolveu nesse período conceitos centrais de sua produção científica como potência orgástica, couraça caracterial ou de caráter, couraça muscular, unidade funcional e economia sexual (REICH, 2001).

O período político-marxista demarca a ampliação dos horizontes da prática clínica para os movimentos políticos e sociais, com ingresso de Reich nos partidos comunistas alemão e austríaco. A atividade política de Reich tinha como objetivo fundar clínicas de higiene sexual, amparadas pelos comunistas, para a classe trabalhadora na Áustria e na Alemanha. Porém suas ideias e as clínicas construídas eram demasiado instigantes para o momento histórico, favorecendo muitas controvérsias (REICH, 1986; BOADELLA, 1985).

Nesse período, Reich dedicou grande parte do seu tempo e dinheiro educando a classe trabalhadora sobre o papel essencial da sexualidade na vida. Fundou com o Partido Comunista Alemão a Associação por uma Política Sexual Proletária (SEXPOL), a Sociedade Socialista para o Aconselhamento e Investigação Sexual e Centros de Higiene Mental (REICH, 1986; BOADELLA, 1985).

A preocupação central de Reich era a profilaxia das neuroses, compreendendo que uma de suas causas é a repressão da sexualidade. Os seus trabalhos adquirem largo espectro no campo da saúde mental e sua preocupação era produzir uma clínica que conjugasse a função educacional e orientadora para os problemas sexuais diários, do matrimônio e paternos (REICH, 1986; BOADELLA, 1985).

Reich compreendia que o campo social produz interferências na energia vital e a formação capitalista, com todas as estratégias de alienação-produção, captura sujeitos para o exercício do trabalho, destinando sua energia vital a essa descarga produtiva e indisponibilizando-a para outros aspectos da vida, por exemplo, a sexualidade prazerosa (REICH, 1986; 2001a; 2001b).

As opiniões contundentes de Reich sobre a sexualidade, enfatizando a importância da livre expressão de sentimentos sexuais e emocionais, certamente favoreceu a produção de imensos equívocos, distorções e difamações de sua obra e trabalho (BOADELLA, 1985).

Algumas ideias de Reich para clínicas de orientação sexual que, ainda na atualidade, são alvo de contestações são: a livre distribuição de contraceptivos para qualquer pessoa e educação intensa para o controle da natalidade; o banimento de qualquer proibição para o aborto; a eliminação da distinção entre casados e não casados e liberdade para o divórcio; a prevenção dos problemas sexuais mediante a educação sexual e eliminação das doenças venéreas, atualmente denominadas de DSTs; o treinamento de médicos e professores, dentre outros profissionais, em assuntos relevantes da higiene sexual; e o tratamento de agressões sexuais, em detrimento da punição (REICH, 1986).

O período orgonômico é o momento em que o trabalho de Reich alcança a dimensão laboratorial, adentrando o campo da **Biofísica**, no qual pesquisou o comportamento de correntes bioelétricas que se movem vinculadas às situações emocionais do indivíduo; e o campo da **Biogênese**, com experimentos capazes de identificar vesículas que anunciam estágios

intermediários entre o inorgânico e o orgânico. Essa fase de sua produção científica o levou à descoberta dos *bions* e da energia *orgone*, que preenche o espaço cósmico e se manifesta em várias concentrações, movimentos e formas (REICH, 2009).

A identificação da energia *orgone* na atmosfera efetivou grande impulso nas pesquisas de Reich, por exemplo, na construção de alguns inventos como o acumulador de orgônio,²¹ utilizado para tratamento experimental de pacientes com câncer, e o *cloudbuster*,²² equipamento para produzir chuva mediante a visualização, medição e aproveitamento da energia *orgone* na atmosfera (REICH, 2009).

Com a pesquisa *orgone*, o trabalho reichiano atraiu considerável interesse, expandindo-se para novas áreas da Psiquiatria, da Medicina e da Biofísica. Porém, moveu-se uma campanha de difamação contra Reich, com ênfase no acumulador de energia *orgone*, usado experimentalmente com os pacientes. Segundo os detratores, esses acumuladores estavam sendo promovidos de forma fraudulenta como aparelhos sexuais e médicos (BOADELLA, 1985).

²¹ Aparelho constituído por pequenas caixas com camadas de materiais orgânicos e metálicos alternadas, com as paredes interiores revestidas com metal que propicia a observação da radiação *orgone* dos *bions* dentro do ambiente. Essas caixas revelaram o aparecimento de radiação *orgone* no interior do recinto, mesmo sem a presença de culturas bion, e tiveram por base o conceito energia orgônica, atraída pela matéria orgânica e expelida pela matéria inorgânica. Esse equipamento gera uma condição de parassimpaticotonia (expansão, relaxamento) e favorece a melhor oxigenação sanguínea dos tecidos. Recomenda-se o uso do acumulador para situações de debilidade bioenergética, assinaladas por magreza, palidez, astenia e fácil esgotamento. E, além disso, para casos de biopatias primárias, como o câncer (REICH, 2009). O acumulador de *orgone*, a manta orgonótica e o *cloudbuster* (aparelho para fazer chuva) são exemplos de acumuladores da energia *orgone*. A manta pode ser transportada com mais facilidade e concede os mesmos benefícios, podendo ser usada diariamente, bem como durante a sessão de vegetoterapia, devendo ser armazenada em local sem umidade.

²² Equipamento experimental, que poderia causar interferência nos padrões climáticos, alterando as concentrações de energia *orgone* na atmosfera. Esse aparelho era composto por um conjunto de tubos metálicos ocos e cabos inseridos em água, que gera um sistema de energia orgânica mais forte do que a da atmosfera circundante. Assim, a água atrai e absorve o *orgone*, e o *orgone* atmosférico se projeta mediante as tubulações. Esse movimento de *orgone* de um sistema menor para outro mais elevado foi utilizado por Reich para criar nuvens e dissipá-las (REICH, 2009).

Esses eventos culminaram com a prisão de Reich, a destruição dos acumuladores de *orgone* e da literatura reichiana, bem como sua morte na prisão (BOADELLA, 1985; WILHELM REICH INFANT TRUST, 2014).

A despeito de todas as divergências provocadas pela sua obra, é inegável a sua produção científica, com escritos que, a pedido do próprio Reich, em testamento, só fossem abertos depois de cinquenta anos de sua morte (VOLPI, 2000).

Articulamos o campo de conhecimento reichiano ao campo da saúde, âmbito de nossa inserção profissional, pois Reich, na primeira metade do século XX, já apontava como determinantes do processo saúde-doença as imbricações do campo social. No livro *Reich fala de Freud* (HIGGINS; RAPHAEL, 1979), Reich já indicava, em entrevista, que somente as intervenções individuais não bastavam para as transformações necessárias, para que os sujeitos se tornassem mais autônomos e detivessem a pulsação da própria vida.

O pensamento reichiano contempla, de certa forma, as premissas do campo da saúde coletiva (ESCOREL, 1998; BRASIL, 1990a) pois também esta ultrapassa o discurso de doença como comprometimento único e biológico, buscando nas marcas instituídas pelo campo social as pistas para o adoecimento, bem como a utilização de substâncias psicoativas, considerando o triângulo básico do consumo dessas substâncias, ou seja, o contexto cultural, a substância “eleita” e o sujeito.

Em continuidade à construção e consolidação do campo das psicoterapias corporais no mundo e no Brasil,²³ os pós-reichianos e neorreichianos divulgam

²³ No Brasil, as ideias reichianas chegam por volta dos anos 60/70 do século passado, tendo como ícone José Ângelo Gaiarsa, ganhando a amplitude de espaços de estudo como o núcleo de terapia Corporal na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, o Curso de Análise do Caráter de André Gaiarsa e o Curso de Fábio Landa. Esse último inicia, em 1977, um curso de Reich na Pontifícia Universidade Católica (PUC), abordando o Reich político, gerando um grupo que empregará a terapia social reichiana com meninos de rua e presidiários, organizando também grupos de estudo, de trabalho e terapêuticos. Outros espaços como o Instituto Sedes *Sapientiae*, Jornadas do Sedes, Ciclos Reich e Ágora, dentre outros, foram criados (FAVRE, 1993).

o pensamento de Reich. São pós-reichianos aqueles que vieram depois de Reich e deram continuidade à sua produção, sem desconsiderar a lei do desbloqueio das couraças, que indica que o trabalho deve ser feito no sentido cefalocaudal (PSICOTERAPIA CORPORAL, 2003). A respeito dos neorreichianos, centraremos nossa atenção no próximo item.

5.2 OS NEORREICHIANOS

Enquanto Reich trabalhava corporalmente com intervenções para o desbloqueio das expressões emocionais contidas pelas couraças musculares, no sentido céfalo-caudal, ou seja, passando pelos anéis ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico, os neorreichianos são assim denominados porque:

[...] se baseiam em conceitos e princípios criados por Reich, mas revistos, atualizados e influenciados por suas próprias pesquisas. Durante muitos anos o trabalho neorreichiano foi considerado um campo paralelo à psicoterapia, mas hoje é reconhecido mundialmente como psicoterapia. Seu movimento de evolução e atualização foi muito vigoroso durante os últimos 30 anos (KIGNEL, 2014, p. 76).

Essa revisão e atualização da obra reichiana pelos neorreichianos introduziu a modificação na proposta do trabalho psicocorporal, desconsiderando a lei do desbloqueio da couraça no sentido céfalo-caudal e, dessa forma, criando escolas e teorias próprias. Destacam-se, dentre essas escolas, a Análise Bioenergética de Alexander Lowen, a Biodinâmica de Gerda Boysen, a Biossíntese de David Boadella e a Biosistêmica de Jerome Liss (KIGNEL, 2014).

Em geral, as abordagens neorreichianas pretendem desbloquear as expressões emocionais encouraçadas no corpo, pois esse encouraçamento limita a expressão da vida e interfere na saúde emocional (LOWEN, 1982; BOYSEN, 1986; BOADELLA, 1992). Entretanto cada uma dessas abordagens trouxe uma contribuição para esse campo de atuação.

A Análise Bioenergética foi empreendida pelo médico americano Alexander Lowen, em parceria com Jonh Pierrakos, e ambos são considerados os primeiros neorreichianos, tendo seguido caminhos diferentes, apesar de terem mantido as mesmas bases e conceitos de Reich (LOWEN, 1982).

Lowen, como Reich, partia da ideia de que os caracteres neuróticos estão energeticamente encouraçados em lugares do corpo, interrompendo o fluxo da energia, bloqueio energético que ocorre muito cedo e acaba se fixando em algum dos anéis do encouraçamento somático (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático e pélvico), dependendo da fase do desenvolvimento em que o trauma ocorreu e da sua formação. A finalidade do trabalho, portanto, é o desbloqueio dessa circulação, que em geral vem carregada das repressões, de tal forma que, ao longo da relação terapêutica, o paciente se dá conta de sua história, traumas e dificuldades, restaurando um fluxo melhor e mais dinâmico (LOWEN, 1982).

Segundo Lowen e Lowen (1985), a intervenção corporal tem como finalidade a liberação dos bloqueios emocionais no corpo para o resgate da pulsação, considerando que tensões musculares crônicas perturbam a saúde emocional pela baixa de energia no corpo, limitando a autoexpressão. Os movimentos corporais visam ao aprofundamento da respiração e à ampliação da autoexpressão, com a intenção de aumentar a qualidade da vibração do corpo, sendo a vibração o elemento-chave da vitalidade. Assim, mediante os exercícios, propicia-se ao paciente atingir essa qualidade vibratória e de pulsação do corpo (LOWEN; LOWEN, 1985).

O *grounding*²⁴ é uma postura básica de trabalho inventada por essa corrente, na qual a pessoa fica de pé, em contato com as pernas e tem por finalidade produzir enraizamento, vibração e conectar a parte superior do corpo (mais ligada aos aspectos intelectuais) com a parte inferior (relacionada com as funções mais primitivas de nossa existência, como a defecação e a sexualidade) (LOWEN, 1982).

²⁴ *Grounding* é uma palavra inglesa que significa enraizamento.

Outra inovação trazida por essa corrente é o *stool* (Figura 1), instrumento auxiliar no processo, no qual a pessoa se deita de costas para alongamento e estimulação da musculatura paravertebral e do músculo diafragmático, responsáveis pelo movimento, sensação e respiração. Com isso visa-se à descontração da repressão físico-emocional incorporada nas costas e na respiração. A liberação da tensão no corpo físico libera o corpo subjetivo para que o processo psicoterapêutico se efetive (LOWEN, 1982; LOWEN; LOWEN, 1982).

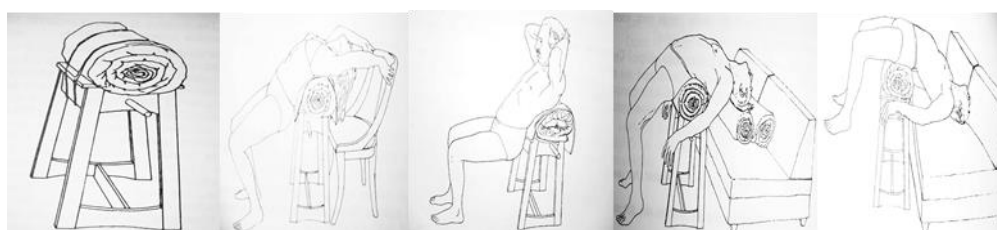


Figura 1 – Stool, o banco bioenergético e alguns trabalhos corporais realizados (LOWEN, 1982; LOWEN; LOWEN, 1982).

Outro recurso de trabalho nessa corrente é um colchão, no qual a pessoa se deita com a coluna apoiada, ficando os braços e as pernas livres para exploração de descarga ou contenção energética, em movimentos de agressão ou acolhimento (LOWEN, 1982). Essas técnicas corporais necessitam de conhecimentos psicodinâmicos, aprendidos pelos terapeutas bioenergéticos no processo de formação psicanalítica que acompanha essa complementação de saberes (KIGNEL, 2014; IIBA, 2014).

A Biodinâmica é a corrente neorreichiana considerada suave e maternal, desenvolvida por Gerda Boyesen, psicóloga e fisioterapeuta norueguesa, que integrou os conceitos reichianos da vegetoterapia, desenvolvida por Ola Raknes, na Noruega, às técnicas de massagens da fisioterapeuta Aadel Bülow-Hansen, com quem teve formação. Essa vertente reichiana lida com os conceitos nas relações objetais e especialmente dos métodos e conceitos do trabalho de Winnicott (BOYESEN, 1986).

Essa corrente busca o desbloqueio da couraça muscular, de tecido e visceral, e conseqüentemente a elaboração do significado desses bloqueios. A intervenção se dá de forma verbal e por meio de exercícios e massagem biodinâmica (BOYESEN, 1986).

A inovação dessa vertente, além da descoberta da couraça tecidual e visceral, é o uso do estetoscópio na barriga para nortear os toques da massagem pelos sons produzidos pelos movimentos peristálticos, denominados, nessa corrente, de psicoperistálticos ou psicoperistalse, visando à limpeza fisiológica dos ciclos emocionais que não foram descarregados pelo organismo (BOYESEN, 1986).

Nesse sentido, a função do intestino não é somente a digestão dos alimentos, mas também do *stress* emocional do organismo, auxiliando o acesso e o desbloqueio dos conteúdos inconscientes que provocam a estagnação do fluxo de energia e os sintomas atuais, promovendo a autorregulação e a circulação libidinal do organismo (BOYESEN, 1986).

A Biossíntese é uma corrente neorreichiana que tem como ícone David Boadella e trabalha com os conceitos de vínculo psicoterapêutico de Guntrip e Winnicott em relações objetais, além da compreensão do que chama de bioespiritualidade, que significa a capacidade do ser humano de estar com o melhor de si mesmo na vida (BOADELLA, 1992).

Essa tendência pauta suas intervenções no estudo do desenvolvimento embriológico, articulando as camadas embriológicas e o seu conteúdo orgânico e subjetivo: o ectoderma, que se desenvolve em direção ao sistema nervoso, responsável pela relação sensorial e neurológica com o ambiente; o mesoderma, em direção ao sistema muscular e esquelético, encarregado de ação e movimento; e o endoderma, parte visceral do corpo ligada às emoções mais primitivas (BOADELLA, 1992).

Assim, em sua evolução, o feto no útero, desde a fase embrionária, trava contato com a vida intrauterina e com as influências recebidas da mãe e do ambiente durante a gravidez. Nesse sentido destacam-se dois conceitos

fundamentais: o de útero quente (receptivo ou acolhedor ao bebê) e o de útero frio (não acolhedor ou rejeitador). Esses conceitos são fundamentais para a compreensão de situações da vida e, de acordo com a psicoterapia, o entendimento dos processos no nível das conexões afetivas viscerais ou endodérmicas (BOADELLA, 1992).

Tal movimento neorreichiano trabalha com os conceitos de movimento e postura chamados fluxo da forma e posturas da alma – influenciados pelo embriologista alemão Blendsmith – e com os conceitos de Stanley Keleman. Nesse sentido, as posturas básicas do desenvolvimento humano definem fixações caracterológicas que dependem principalmente da educação e da cultura, por exemplo, características corporais de flexão (fechadas) e de extensão (abertas), tração e oposição, rotação e canalização, ativação, absorção e pulsação. Tais características representam determinada postura corporal vinculada a uma subjetividade básica ligada a situações de abrir-se e fechar-se a si e ao mundo, possuir e rejeitar, desfocar e focar, atividade e absorção, além de toda pulsação entre as posturas (BOADELLA, 1992).

O conceito de *grounding* (similar ao de Lowen) representa igualmente a ideia de centrar-se, ou seja, sintetiza a habilidade de estar emocionalmente centrado ou equilibrado, e o de ver-se, relacionado com a capacidade de se conectar, tanto ao mundo externo como ao interno, num fluxo dinâmico de comunicação. Esses conceitos vinculam-se ao sistema muscular e esquelético, ao sistema nervoso autônomo e visceral e ao SNC e ao cérebro, respectivamente. O conceito de ressonância igualmente é central, significando o contato rítmico entre cliente e terapeuta, e vice-versa (BOADELLA, 1992).

É por técnicas de movimento, meditação e dança que se dá a intervenção corporal nessa vertente (BOADELLA, 1992), da qual utilizaremos os conceitos de útero quente, útero frio e ressonância para nossa análise de dados.

A aplicação do conhecimento reichiano e neorreichiano materializa-se mediante os dispositivos da psicoterapia (individual e grupal) e do grupo de

movimento,²⁵ que é um instrumento neorreichiano que trabalha com o fluxo de energia no corpo, e igualmente em nível das relações humanas, apoiando-se no tripé central das ideias reichianas: de que o sistema autoritário reduz a liberdade e o direito ao prazer dos sujeitos com os seus mecanismos repressivos, sendo essa repressão também corporal (couraça muscular) e de que as modificações corporais produzem efeitos em nível da personalidade e do conceito de autorregulação do corpo; plástico, pois se refere a uma bricolagem de dispositivos técnicos, pautando-se na curva orgástica (GAMA; REGO, 1994; SOFIATI, 1993).

Com essas intervenções, dentre outras, o campo reichiano e neorreichiano consolida-se em diferentes áreas. Citamos algumas: educação (ALBERTINI, 1994; VOLPI, 2010); organizacional (ALVES; CORREIA, 2001); saúde (SOFIATI, 1993; CORRADINI, 2000; SILVA; NASCIMENTO; ANDRADE, 2002; FAVRE, 2001; CAÑIZARES, 2003; SOUZA, 2002, 2004; BIOTTO, 2004; SOUZA, 2005; RASCH, 2005; VOLPI, 2002; RASCH, 2011; RASCH; ANDRADE; 2012a; RASCH; ANDRADE; 2012b); área social (NOGUEIRA, 2005); e meio ambiente (VOLPI, 2007).

É importante lembrar que no Brasil a psicoterapia corporal tem forte atuação na área social, e talvez seja a linha terapêutica que mais tenha avançado nesse sentido, pois além do trabalho terapêutico exerce função de educação terapêutica e de saúde, melhorando a qualidade de vida de dezenas de comunidades de baixa renda. O trabalho educacional é muito importante na formação de psicoterapeutas, que aprendem constantemente com exercícios práticos e teóricos. Todo psicoterapeuta deve passar por uma intensa experiência prática compartilhada com seus colegas, tanto em grupo como no trabalho individual, para poder interferir no ambiente a partir dessa vivência pessoal (KIGNEL, 2014, p. 81).

A seguir, exploraremos os conceitos desse referencial, que serão utilizados em nosso estudo, que nortearão o nosso processo de análise junto ao Grupo de Mulheres.

²⁵ Diferente dos Grupos de Movimento, temos os *Exercises class*, denominação para o grupo de classe de exercícios somente com a perspectiva da Análise Bioenergética de Alexander Lowen (LOWEN; LOWEN, 1985).

5.3 OS CONCEITOS REICHIANOS E NEORREICHIANOS

A ideia de utilizar os conceitos reichianos e neorreichianos evidencia-se para a compreensão dos relatos das mulheres no que expande ou contrai a vida, e o que isso impede nos movimentos e na fluidez de concretização de aspectos da vida. Em nosso trabalho, a ideia é compreender como o cuidado de si expande ou contrai a vida.

Não pretendemos externar toda a produção teórico-conceitual reichiana ou neorreichiana. Pinçamos desse construto conceitos centrais que supomos adequados à análise de dados do material coletado junto ao Grupo de Mulheres.

Primeiramente situaremos os conceitos reichianos e, a seguir, os neorreichianos.

5.3.1 Conceitos Reichianos

Dos conceitos reichianos utilizaremos: energia orgônica, unidade funcional, couraça caracterial ou caráter, caráter genital, caráter neurótico, couraça muscular, potência orgástica, estase, autorregulação, curva orgástica, saúde e peste ou praga emocional.

5.3.1.1 Energia *Orgone*

A energia tratada no campo reichiano não é sobrenatural, mas a energia cósmica e primordial, descoberta por Reich entre 1936 e 1940. Essa energia, segundo Reich, apresenta-se em toda parte e universalmente, sendo possível

detectá-la de forma visual, térmica e em eletroscópio, mediante o contador Geiger-Mueller²⁶ (REICH, 2009).

Segundo Reich, essa energia caracteriza-se por ser livre de massa, por não ter inércia, nem peso, estando presente em qualquer lugar. É o meio para a atividade eletromagnética e gravitacional e o substrato da maioria dos fenômenos naturais básicos, estando em constante movimento, podendo ser observada sob condições apropriadas. Essa energia forma unidades que se tornam o centro da atividade criativa, incluindo células, plantas, animais, nuvens, planetas, estrelas e galáxias (REICH, 2009).

No corpo, ou seja, no organismo vivo, representa a bioenergia ou energia vital. E funciona como energia biológica específica. Assim sendo, conduz o organismo total e se expressa nas emoções e nos movimentos puramente biofísicos dos órgãos (respiração, processos fisiológicos e movimento) (REICH, 2009).

No corpo, essa energia procede da região abdominal dos centros do sistema nervoso autônomo, do plexo solar, do hipogástrico e do lombossacro. Seu bloqueio ocorre mediante as couraças que se manifestam nos anéis do encouraçamento somático ou na ordem segmentária da blindagem (REICH, 2001).

5.3.1.2 Unidade Funcional

A unidade funcional significa a não segmentação ou cisão do corpo, do organismo. Esse conceito representa a ideia de corpo e mente, e faz parte de um mesmo aspecto, sem fragmentação, sendo as unidades indissolúveis e

²⁶ O contador Geiger-Müller, também conhecido como contador Geiger ou contador G-M, é um dos tipos de detectores de radiação mais antigo que existe, sendo um equipamento de medida, cujo princípio foi imaginado por volta de 1913 por Hans Geiger, foi desenvolvido por Geiger e Walther Müller em 1928. Devido à sua simplicidade, baixo custo e facilidade de operação, esse detector continua a ser usado atualmente (KNOLL'S, 2000).

integradas. Interferir no corpo, portanto, é interferir na mente e vice-versa (REICH, 1986) (Figura 2).

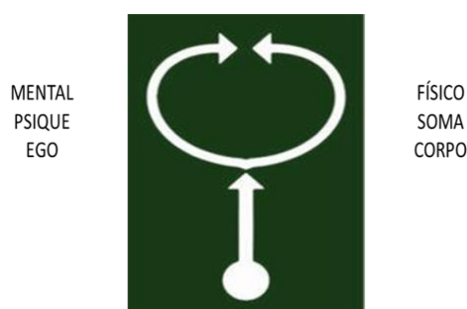


Figura 2 – Unidade Funcional (REICH, 1986).

5.3.1.3 Couraça Caracterial ou Caráter e Couraça Muscular

5.3.1.3.1 Couraça Caracterial ou Caráter

A couraça caracterial representa o modo como funcionamos, mediante nossas defesas e bloqueios emocionais. Esse conceito, portanto, refere-se a um modo de funcionamento, diferenciando-se de uma perspectiva moral, como, por exemplo, na frase “a pessoa tem um caráter bom ou ruim”. Longe dessa perspectiva de certo ou errado, bom ou ruim, caráter diz respeito ao “jeito”, às “formas” como os sujeitos se movimentam e levam a vida mediante a sua história. Representa, portanto, a estrutura típica do indivíduo, sua maneira estereotipada de agir e reagir. O conceito orgonômico de caráter é funcional e biológico, não um conceito estático, psicológico ou moralista (REICH, 2001).

O caráter está relacionado à mistura de atitudes rotineiras do sujeito, do seu padrão consistente de respostas para situações da vida. Portanto, relaciona-se tanto a atitudes, valores conscientes e formas de comportamento (timidez e agressividade, dentre outros) quanto a atitudes físicas como postura, hábitos de conservação e de movimentação do corpo (REICH, 2001).

A couraça de caráter representa, por conseguinte, bloqueios advindos das etapas do desenvolvimento psicoemocional, formando-se como resultado do embate entre exigências pulsionais e do mundo em que se vive, ocasionando frustrações nessas necessidades pulsionais, principalmente a que se situa entre a vida pulsional biofisiológica e o mundo exterior (REICH, 2001).

O caráter se forma como proteção às exigências da vida em sociedade bem como das exigências internas. Por isso, produz um enrijecimento no funcionamento humano, tornando-se uma proteção cronificada e encouraçada, restringindo a mobilidade tanto psíquica, quanto de movimento. Portanto, o grau do caráter, ou seja, a capacidade de abertura ou fechamento ao mundo exterior, é o que propicia a condição de um caráter genital, que apesar das exigências da vida social, não perde o movimento, enquanto o caráter neurótico contrai e enrijece diante das exigências do contexto em que se vive (REICH, 2001).

A formação do caráter relaciona-se a diversos aspectos, dentre os quais: o momento da frustração pulsional; a frequência e intensidade dessas frustrações; as pulsões contra as quais a frustração é principalmente dirigida; a conexão entre indulgência e frustração; as contradições nas próprias frustrações. Esses aspectos são causados pelas condições materiais da estrutura econômica em funcionamento na sociedade, estando relacionadas à educação, a moralidade e a satisfação das necessidades (REICH, 2001).

O caráter, conseqüentemente, forma-se como defesa contra a ansiedade criada pelos sentimentos sexuais da criança e o conseqüente medo da punição. Assim, a primeira defesa contra esse medo liga-se ao mecanismo de defesa do ego, a repressão, que contém os impulsos sexuais por algum tempo. Essa defesa cronifica e é ativada automaticamente, evoluindo para os traços ou couraça caracterológica (REICH, 2001).

Dessa forma, a totalidade de atitudes caracteriais típicas que o indivíduo desenvolve para o bloqueio dos impulsos emocionais, acarretam rigidez corporal, perda de contato emocional e congelamento (REICH, 2001).

O conceito de couraça caracterológica relaciona-se deste modo a todas as forças defensivas repressoras organizadas, que produz o desenvolvimento do caráter neurótico com uma saída para aspectos reprimidos (REICH, 2001).

Por conseguinte, os traços de caráter neurótico não são a mesma coisa que sintomas neuróticos. A diferença entre ambos consiste em que sintomas neuróticos, tais como os medos, fobias, dentre outros, são experimentados como estranhos ao sujeito, como elementos exteriores à psique. Em contrapartida, os traços de caráter neuróticos (ordem excessiva ou timidez ansiosa, por exemplo) são integrantes da personalidade. A pessoa pode se queixar do fato de ser tímida, mas essa timidez não parece ser significativa ou patológica como os sintomas neuróticos (REICH, 2001).

A couraça do caráter inclui todas as forças defensivas repressoras, que formam um padrão coeso do ego. O modo de olhar, a linguagem, a fisionomia, a vestimenta e aperto de mão, por exemplo, tem uma importância analítica. Assim, sintomas neuróticos (tais como medos e fobias irracionais) são experimentados como estranhos ao indivíduo, e os traços neuróticos de caráter (ordeirismo extremo ou timidez ansiosa, por exemplo) são sentidos como integrantes da personalidade (REICH, 2001).

As defesas de caráter são difíceis de desenraizar, pois são bem racionalizadas pelo indivíduo e experimentadas como parte de seu autoconceito. Ocasionar mudanças no caráter neurótico é um árduo trabalho. Entretanto, a compreensão da constituição desse caráter, produz motivação para mudança (REICH, 2001).

Caráter genital é a expressão para se referir especificamente a quem adquiriu potência orgástica, representando para o indivíduo a capacidade de flexibilidade e espontaneidade orgânica, de entrega total ao fluxo de suas sensações prazerosas e descarga completa do seu nível de excitação em movimentos involuntários no orgasmo sexual. Essa capacidade, denominada potência orgástica, regula o fluxo energético do organismo e é índice de saúde física e mental (REICH, 2001).

O caráter genital não se encontra aprisionado pelas couraças e defesas psicológicas, mas pode ser capaz de se encorajar, quando imprescindível, como resposta a um ambiente hostil. Entretanto, sua couraça é feita mais ou menos conscientemente e pode ser dissolvida quando não mais for necessária (REICH, 2001).

O afrouxamento da couraça desenvolve potência orgástica, ocasionando mudanças no funcionamento neurótico, gerando a capacidade de autorregulação, provocando movimentos na conexão com as próprias necessidades e sentimentos internos, contrariamente a seguir algum código externo ou ordens pré-estabelecidas por outros (REICH, 2001).

Em contrapartida, o caráter neurótico refere-se ao sujeito incapaz de entrega ao fluxo de sensações, bem como de descarga completa do nível de excitação do organismo. Essa incapacidade, chamada impotência orgástica, impede que o organismo regule o fluxo de sua energia, mantendo sempre níveis de tensão, de insatisfação, de conflito, produzindo tanto sintomas quanto distúrbios somáticos e psíquicos (REICH, 2001).

5.3.1.3.2 Couraça Muscular²⁷

A couraça muscular representa o dispositivo pela qual a energia vital ou *orgone* mostra-se aprisionada, evitando o fluir e a pulsação do organismo-corpo-vida (REICH, 2001).

A couraça muscular representa uma armadura que impede o fluxo energético e biológico de se movimentar e pulsar. Isto é, representa uma defesa que se organiza no corpo frente ao mundo externo e interno diante de perigos.

²⁷ Deter-nos-emos no conceito básico de couraça muscular – embora sabendo dos avanços desse conceito no campo das psicoterapias corporais de base neorreichiana, com a prática clínica e pesquisas da Biodinâmica trazendo os conceitos de couraça visceral e tecidual (BOYENSEN, 1986).

Concretiza-se no corpo por enrijecimentos, tensões e bloqueios emocionais (REICH, 2001). A couraça é uma “metáfora concreta” das nossas estratégias de sobrevivência.

A energia *orgone* flui naturalmente por todo o corpo, de cima a baixo, paralela à espinha. Os anéis da couraça formam-se em ângulo reto com esse fluxo e operam para rompê-lo. As tensões corporais se estabelecem em forma de anéis de couraças, dispostos em segmentos circulares, em número de sete e dispostos perpendicularmente ao eixo cefalocaudal do corpo humano, inibindo a linguagem e a expressão emocional. Os níveis do encouraçamento estão nos segmentos ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico (REICH, 2001) (Figura 3).

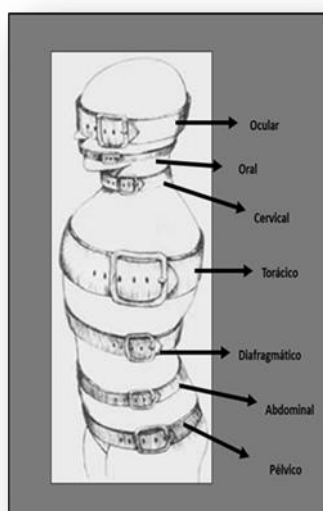


Figura 3 – Anéis do encouraçamento somático (REICH, 2001).

Dessa forma, as emoções estão guardadas nos músculos, nas vísceras e nesse sentido o trabalho terapêutico não poderia acontecer somente na perspectiva freudiana, ou seja, trazer à consciência o material reprimido do inconsciente, revivendo essas emoções mediante elaboração verbal, o que auxiliaria o paciente a se livrar do traço neurótico (REICH, 2001).

As tensões crônicas servem para o bloqueio da energia relacionada às emoções mais intensas. A couraça impede que o indivíduo experimente emoções fortes e, portanto, restringe a expressão de sentimentos. As emoções

bloqueadas, não são eliminadas, porque não ganharam expressão. Desse modo, o indivíduo só se desprende da emoção impedida experimentando-a plenamente (REICH, 2001).

Cada atitude de caráter corresponde a uma atitude física e o caráter do indivíduo é expresso corporalmente sob a forma de rigidez muscular ou couraça muscular. O relaxamento da couraça muscular propicia a perda dessa couraça, e, por conseguinte a soltura da energia libidinal, com a libertação de emoções (prazer, raiva, ansiedade) por meio do corpo, conduzindo a uma vivência muito mais intensa do que somente o material infantil operado pela psicanálise (REICH, 2001).

Portanto, tensões musculares crônicas servem para bloquear uma das três excitações biológicas (ansiedade, raiva ou excitação sexual) sendo que a couraça física e a psicológica são mesma coisa. Nesse sentido, as couraças de caráter passam a ser equivalentes à hipertonia muscular (REICH, 2001).

Dessa forma, a couraça muscular representa a totalização das atitudes musculares (espasmos musculares crônicos) que o indivíduo desenvolve como bloco contra o brotar de emoções e sensações como angústia, raiva e excitação sexual. Essas couraças constituem-se pelas contrações musculares e pela limitação funcional do processo respiratório. O espasmo da musculatura é o aspecto somático do processo de repressão, a base de sua contínua preservação (REICH, 2001).

A repressão é o mecanismo modelador da couraça, a qual atua como dispositivo para atenuação e evitar a dor, a angústia. Assim, protege-se o corpo de ameaças reais e imaginárias, e igualmente da repetição de experiências frustrantes e ameaçadoras, gerando a interdição e fixando-se em mecanismos de defesa. Com o tempo, esses mecanismos cronificam-se, integrando-se ao ego, a estrutura de caráter do ser (REICH, 2001).

O objetivo da análise de caráter, portanto, pauta-se na liberação da energia da couraça do caráter e da couraça muscular, e no estabelecimento da potência

orgástica. As ferramentas principais para soltura da couraça referem-se ao aumento da energia no corpo mediante a respiração profunda; a interferência direta nos músculos cronicamente tensos mediante pressão, compressão, para afrouxá-los; e a manutenção da cooperação da pessoa lidando abertamente com todas as resistências ou restrições emocionais que surgirem. Essas ferramentas são utilizadas em cada um dos sete segmentos de couraça, pois cada segmento é uma unidade mais ou menos independente com a qual se precisa lidar separadamente (REICH, 2001).

A couraça muscular restringe tanto o livre fluxo de energia como a livre expressão de emoções do indivíduo. O que começa inicialmente como defesa contra sentimentos de tensão e ansiedade excessivos transforma-se numa prisão física e emocional, pois no corpo encouraçado a energia *orgone* é detida nos espasmos musculares crônicos (REICH, 2001).

A liberação de um anel da couraça favorece a liberação da energia do corpo, mas esta não começa de imediato a correr livremente, com o derretimento dos primeiros blocos da couraça, com os fluxos e as sensações orgônicas. Esse fluir acontece pouco a pouco (REICH, 2001).

5.3.1.4 Estase

A estase representa a estagnação, o represamento e a paralisação da energia *orgone* no organismo, podendo transformar-se numa fonte de energia para doenças e biopatias (REICH, 1986).

5.3.1.5 Autorregulação

A autorregulação é uma relação íntima do indivíduo consigo mesmo, com o seu corpo, seu ritmo e sua energia. É uma qualidade de contato que permite ao sujeito o desenvolvimento da capacidade espontânea de viver e manifestar-se

com prazer, mantendo o contato com seus sentimentos, permitindo sua expressão com a liberdade e a aceitação dos seus ritmos biológicos, sem interferência da estrutura à sua volta, sem ser forçada a se habituar, muitas vezes contra sua natureza, evitando assim a criação e o reforço de suas neuroses (REICH, 1986; 2001; DADOUN, 1991).

Esse conceito representa, portanto, o feito alcançado quando o sujeito consegue abrir mão de suas resistências, inibições neuróticas, sublimações morais e angústia sexual para descobrir a capacidade de autonomia e conectar-se com ela, exercendo equilíbrios dinâmicos e flexíveis no trabalho, no amor, nas relações com os outros. Quando ocorre a liberação da couraça caracterial, libera-se também a espontaneidade, aprisionada e atrofiada pela influência das instituições sociais e dos modelos culturais. Segundo Reich, tal é o objetivo terapêutico: retirar a energia das inibições morais e dirigi-la à autorregulação libidinal (REICH, 1986; DADOUN, 1991).

5.3.1.6 Curva Orgástica ou Fórmula do Orgasmo

Esse conceito nasce da observação de que, depois do contato físico, a energia se acumula em ambos os corpos e, por fim, é descarregada no orgasmo, constituído essencialmente como fenômeno de descarga da bioenergia. O ato sexual, portanto, teria a seguinte sequência: primeiro, órgãos sexuais se intumescem de fluido – tensão mecânica (TM); segundo, resulta uma intensa excitação – carga bioenergética (CB); terceiro, excitação sexual descarregada em contrações musculares – descarga bioenergética (DB); e quarto, dá-se o relaxamento físico – relaxamento mecânico (RM) (REICH, 1986).

Portanto, a curva orgástica ou fórmula do orgasmo representa os estágios do processo de excitação sexual e do orgasmo, processo de quatro partes que, para Reich, representa uma característica de todos os organismos vivos (Figura 4):

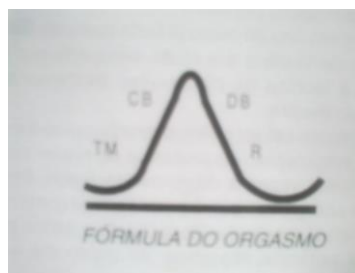


Figura 4 – Curva orgástica ou fórmula do orgasmo (REICH, 1986; VOLPI; VOLPI, 2003).

Essa curva pode ser pensada não somente para o ato sexual, mas para todas as ações da vida, entre as quais o trabalho, a saúde e as relações familiares.

5.3.1.7 Saúde

Saúde para o referencial reichiano significa a capacidade do indivíduo de pulsar, oscilar ritmicamente entre o sistema nervoso simpático e o parassimpático. Ou seja, refere-se à capacidade de pulsar entre um sistema e outro. Quando há expansão em um, há contração no outro. Esse é o compasso pelo qual o indivíduo vive e a impossibilidade de sustentar essa oscilação é que acarreta as doenças e patologias (REICH, 1986; 2001).

Mediante a curva orgástica ou fórmula do orgasmo, esse circuito efetivado a contento pelo organismo promove a sua autorregulação, gerando o equilíbrio homeostático. A expansão contínua do organismo representa o estado de parassimpaticomia e a contração continuada acarreta a simpaticotomia. Para Reich, a pulsação autorreguladora entre esses dois sistemas representa a homeostase, enquanto a ausência dessa pulsação significa couraça (REICH, 1986).

A paralisação num desses pontos representa a possibilidade de doenças. Saúde, portanto, é estar em movimento e pulsar entre a expansão e a contração (REICH, 1986).

5.3.1.8 Potência Orgástica

Conceito basilar da obra reichiana, sendo:

[...] a capacidade para abandonar-se, livre de quaisquer inibições, ao fluxo de energia biológica reprimida; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo, a excitação sexual acumulada (REICH, 1986, p. 94).

Portanto, representa a capacidade de completa entrega à convulsão involuntária do organismo e completa descarga da excitação no cume do abraço genital. Segundo Reich, a potência orgástica sempre está ausente em indivíduos neuróticos, pois ela implica a presença ou o estabelecimento do caráter genital, ou seja, a ausência da couraça de caráter e couraça muscular. Geralmente a potência orgástica não é devidamente diferenciada das potências eretiva e ejaculatória, que são apenas pré-requisitos para a potência orgástica (REICH, 1986).

A impotência orgástica é a ausência de potência orgástica e representa um represamento da energia do organismo, favorecendo doenças (REICH, 1986).

5.3.1.9 Peste Emocional ou Praga Emocional

A peste emocional é uma biopatia crônica do organismo não hereditária e que aparece na sociedade humana com a primeira repressão em massa da sexualidade genital, tornando-se doença endêmica atormentando o mundo há milênios. Não é hereditária, mas é inculcada na criança desde os primeiros dias de vida. É uma doença endêmica, como a esquizofrenia ou o câncer, com uma diferença notável: manifesta-se essencialmente na vida social. Representa o caráter neurótico agindo destrutivamente na sociedade (REICH, 2001).

A expressão peste emocional não tem caráter depreciativo, de degeneração moral, imoralidade ou má vontade. Segundo Reich, o organismo cuja mobilidade natural é perturbada ou continuamente dificultada, desde o início da

vida, desenvolve formas artificiais de movimento. Essa peste pode se dar nas relações de trabalho, nas relações afetivas e na sexualidade, entre outros (REICH, 2001).

5.3.2 Conceitos Neorreichianos

Do campo neorreichiano apropriamo-nos da Análise Bioenergética do conceito de *grounding*; da Biossíntese, dos conceitos de útero quente, útero frio e ressonância; e da Biodinâmica, do conceito de circulação libidinal.

5.3.2.1 *Grounding*

Grounding é um conceito neorreichiano da Análise Bioenergética criado por Lowen (LOWEN, 1982). Na Bioenergética, *grounding* significa fazer entrar em contato com o chão.

Estar em contato com o chão é o oposto a ter uma 'obsessão' por estar no ar. À semelhança, porém, de uma grande parte da bioenergética, este termo também tem um sentido literal, qual seja, o de estabelecer um contato adequado com o chão, no local onde se pisa [...]. Bioenergeticamente falando, *grounding* serve para o sistema energético do organismo da mesma forma que para um circuito elétrico de alta tensão e é constituído de uma válvula de segurança para a descarga de excessos de excitação. Num sistema elétrico, o acúmulo súbito de carga pode queimar uma parte da instalação ou provocar um incêndio. Na personalidade humana, o acúmulo de energia também poderá ser perigoso caso a pessoa não tenha contato com o chão [...] quanto mais a pessoa sente seu contato com o chão mais consegue pôr-se em seu lugar, mais carga consegue suportar e mais sentimentos consegue manipular. Isto faz do processo de *grounding* um objetivo primário da bioenergética, na medida em que implica que a maior atenção do trabalho deve dirigir-se para baixo, ou seja, fazer com que a pessoa *adentre* pernas e pés (LOWEN, 1982, p. 169).

No princípio, *grounding* significava para Lowen o movimento energético da cabeça em direção aos pés, como forma de incorporação e autoconhecimento. Porém, mais do que uma postura ou trabalho corporal, no movimento bioenergético, estar em *grounding* simbolicamente significa pôr os pés no chão,

apropriar-se de si, equilibrar-se, cair na real, estar em contato consigo mesmo e com o mundo, sem perder-se de si (LOWEN, 1982; WEIGAND, 2006) (Figura 4).

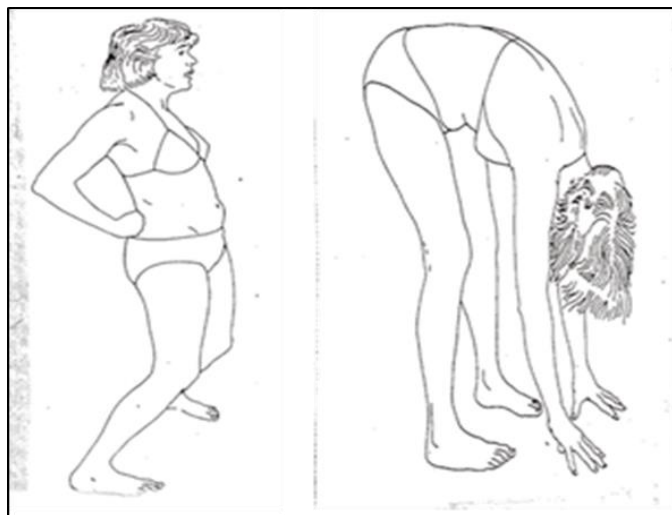


Figura 4 – *Grounding* (LOWEN; LOWEN, 1982).

5.3.2.2 Útero quente, Útero Frio e Ressonância

Esses conceitos neorreichianos vêm da Biossíntese (BOADELLA, 1992). O útero quente é o útero receptivo ou acolhedor do bebê, enquanto o útero frio significa um útero não acolhedor ou rejeitador. Esses conceitos servem à compreensão de situações da vida e, para a psicoterapia, ao entendimento dos processos no nível das conexões afetivas viscerais ou endodérmicas (BOADELLA, 1992).

Ressonância significa o contato rítmico entre cliente e terapeuta, e vice-versa. Para esta tese, utilizaremos esse conceito para explorar a análise do contato estabelecido entre as mulheres e os seus temas durante o trabalho grupal, para explorar algumas relações entre os profissionais e as mulheres e entre estas e suas relações de forma geral (BOADELLA, 1992).

5.3.2.3 Circulação Libidinal

Conceito da Biodinâmica que se refere à capacidade da pessoa de nutrir por si mesma um sentimento de respeito, contentamento e “[...] um grande amor por si e que possa sentir a cada instante o amor dentro de si mesma e não no exterior” (BOYESEN, 1986, p. 120). Significa a possibilidade de sair do bem-estar na dependência para entrar num bem-estar na independência e na autonomia. É a capacidade de descobrir a própria segurança interior e deixar fluir a confiança em si.

A pessoa que perdeu sua circulação libidinal está em permanente dependência de alguma coisa ou de alguma pessoa. A circulação libidinal total é o que permite o abandonar-se completamente à fusão orgástica e ao ato sexual genital. Quando uma pessoa está numa situação de ‘felicidade na dependência’ ela tem, para poder sentir o amor, de encontrá-lo no exterior dela mesma. Ela não está em contato com o amor que existe no interior de si mesma. Isto criará a dependência e alimentará o sentimento da catástrofe que poderia acontecer se não faz as coisas necessárias para conservar o amor do outro. Tal pessoa não pode estar só em caso algum; suas relações amorosas devem ser simbióticas, ela não possui liberdade interior (BOYESEN, 1986, p. 122).

5.4 FAZENDO PONTES: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS ENTRE O CUIDADO DE SI, CONSUMO DE DROGAS E OS CONCEITOS REICHIANOS E NEORREICHIANOS

A articulação desse referencial teórico com o nosso campo temático – consumo de substâncias psicoativas e o cuidado de si – permite inferir que o consumo nocivo e dependente de substâncias psicoativas parece indicar uma couraça caracterial (REICH, 1986; 2001a) para o estar no mundo, necessitando-se dos dispositivos de uma couraça muscular (REICH, 1986; 2001a) como forma de sobrevivência, para exercer tanto a vivência no campo micro quanto macrossocial.

Se a droga, segundo Olienvestein (1991b), é resposta concreta à impossibilidade de viver, a uma angústia desenfreada, ela ocupa, portanto,

função de encorajamento vivencial para o estar no mundo. Podemos indicar que estar aprisionado pela forma couraça-droga ocasiona estase (REICH, 1986) e impotência orgástica (REICH, 1986), principalmente quando os sujeitos expressam a droga-objeto como comandante da vida, impedindo movimentos ampliadores de entrega e potência orgástica (REICH, 1986) em direção ao caráter genital (REICH, 2001), de espontaneidade, leveza e conexão com as necessidades de fato.

Inferimos assim que a droga é droga-couraça, droga-estase, que limita o sujeito na experimentação da energia vital, a energia *orgone* (REICH, 2009), energia criativa e geradora de movimentos.

O cuidado de si, ao ser vislumbrado mediante essa perspectiva conceitual, pode indicar a possibilidade de sair desses lugares engessados, limitadores, encorajados, visando à autorregulação (REICH, 1986; 2001; DADOUN, 1991). É a possibilidade de retomar, de achar o *grounding* (LOWEN, 1992), na ressonância (BOADELLA, 1992) do sujeito consigo mesmo, na sua circulação libidinal (BOYSEN, 1986), de refletir e ressignificar a sua relação com a substância psicoativa e com o mundo, à procura de novos sentidos e novos prazeres, pois o prazer único e dependente vinculado à substância é demasiado empobrecedor, pois:

Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

A peste ou praga emocional (REICH, 2001) refere-se aos movimentos impeditivos na relação com a substância psicoativa ou seu entorno, como as recaídas e ofertas, o que abate o moral dos usuários, assim como à monolítica possibilidade de trabalho nessa temática atrelada à abstinência, funcionando como couraça ou caráter neurótico (REICH, 2001) sem flexibilidade para novas saídas.

O cuidado de si, nessa articulação e ponte entre conceitos, enseja, portanto, achar o ponto pulsante da vida que ficou em estase (REICH, 1986) e paralisou-se, para resgatar a potência orgástica (REICH, 1986), a pulsação do corpo-vida, uma vez que pulsar é estar em movimento, é responsabilizar-se pelos atos e práticas impressos no próprio sujeito, num contato consigo na invenção de autonomia e ações, e principalmente, numa compreensão de saúde como capacidade de oscilar ritmicamente entre a contração e a expansão no corpo e na vida (REICH, 1986; 2001).

Abastecidos dessa janela teórica, analisaremos o movimento das flores no jardim.

6 MÉTODO: CULTIVANDO O JARDIM...

Este capítulo explica a trajetória de confecção desta pesquisa e os seus respectivos procedimentos metodológicos, bem como o trâmite burocrático-institucional para execução do estudo no CAPS AD (CPTT).

O objeto de estudo que elegemos para esta tese indicou a direção de uma pesquisa e investigação qualitativa (MINAYO, 1994; 2004), que tenta dar sentido ou interpretar os acontecimentos mediante as acepções atribuídas, com foco dirigido ao processo em curso, ou seja, é um método que enfatiza o processo e considera essencial a significação.

Esse mesmo objeto de estudo conduziu-nos a uma pesquisa clínica baseada na teoria reichiana (REICH, 1986; 2001a) e neorreichiana (LOWEN, 1982; BOYESEN, 1986; BOADELLA, 1992) junto ao Grupo de Mulheres do CAPS AD (CPTT). Juntamente com esse referencial, buscamos textos no campo da Saúde Mental na área da atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, como o texto da PAIUAD (BRASIL, 2003) e portarias afins.

Esclarecemos que não utilizaremos esses conceitos para uma visão clínica individual da história das mulheres. A ideia foi propiciar aproximação e leitura, à luz desses conceitos, dos conteúdos trazidos pelas mulheres em seus relatos.

Assim, a fundamentação teórica desta pesquisa, ancora-se nos dois pilares nos quais trabalhamos, a teoria reichiana e teoria neorreichiana e o nosso trabalho no CAPS AD (CPTT), onde nos impusemos o desafio para essa atuação, a conjugação e a aliança desses referenciais na clínica de atenção psicossocial.

Igualmente nos propomos, no campo da pesquisa, trazer a dimensão prática do dia-a-dia no CAPS AD (CPTT) para o exercício da pesquisa acadêmica. A intenção maior nessa conjugação é dar voz às mulheres e ser sua enunciadora coletiva.

6.1 A ENTRADA NO CAMPO: PREPARANDO O TERRENO PARA O JARDIM...

Para entrada em campo, seguimos os protocolos e as orientações da Escola de Técnica e de Formação Profissional do Sistema Único de Saúde (ETSUS), de Vitória, que é a instância na SEMUS responsável pela avaliação e pareceres em projetos de pesquisa. Para tanto, o passo inicial foi a inscrição do projeto para avaliação junto à ETSUS, mediante o protocolo 10147/2012, de 18 de maio de 2012, que sinalizou a possibilidade da execução da pesquisa no CAPS AD (CPTT) (Anexo 1), condicionando a entrada em campo à avaliação do Comitê de Ética.

Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFES/Campus Goiabeiras, via Plataforma Brasil, mediante a folha de rosto (comprovante 0465531/2012) para apreciação, tendo obtido do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Parecer Consubstanciado positivo (Parecer 142577, Relatoria de 01/112012), em 9 de novembro de 2012 (Anexo 2).

Mediante essa aprovação, solicitamos a entrada em campo à ETSUS, para acesso aos documentos institucionais e participação no Grupo de Mulheres, com autorização concedida em 19 de novembro de 2012. A entrada oficial em campo aconteceu em 26 de novembro, com a nossa apresentação à direção do serviço (Anexo 1).

Em 27 de novembro de 2012, apresentamos a pesquisa para a Direção e Equipe Técnica no espaço semanal de reunião de equipe, informando seus objetivos e procedimentos, e respondendo a indagações dos presentes quanto ao estudo. Nesse momento destacamos a relevância do estudo e primordialmente asseguramos que ele não interferiria na rotina do serviço. Não encontramos nenhuma objeção por parte dos membros dessa equipe.

6.2 AS MULHERES-FLORES PARTICIPANTES DA PESQUISA: O JARDIM FOI SE MONTANDO POUCO A POUCO...

A inclusão e a participação das mulheres na pesquisa consideraram os seguintes critérios: padrão de consumo nocivo ou dependente de quaisquer substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas; faixa etária a partir de 18 anos; estar em tratamento na instituição; e voluntariedade para participação no estudo (Apêndice 1).

Para definição das participantes, acompanhamos 30 encontros do Grupo de Mulheres semanalmente às quintas-feiras, ao longo dos oito meses de trabalho de campo, no período de novembro de 2012 a julho de 2013. Esse período foi necessário, em decorrência da flutuação de participação das mulheres na atividade grupal.

Nesses encontros, convidávamos as mulheres para o ingresso na pesquisa. As voluntárias para o trabalho foram se definindo passa a passo.

Realçamos que a participação na pesquisa para algumas mulheres aconteceu de forma flutuante, enquanto para outras o comparecimento foi aferido por alguns encontros, o que se atribui à característica aberta dessa atividade. Chegamos, então, a 27 participantes, que se disponibilizaram como voluntárias. A cada encontro a participação variou entre um mínimo de duas participantes a uma média de quatro participantes e o máximo de sete participantes (Quadro 1).

| PARTICIPANTE | 2012 | | | | | 2013 | | | | | | | | | | | | | | | | | | part | | | | | | | | |
|--------------|-------------|-----|----|----|----|------|----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|------|------|----|-----|----|----|-----|----|----|----|
| | N O V | DEZ | | | | JAN | | | | | FEV | | | | MAR | | | | ABR | | | | MAIO | | | JUN | | | JUL | | | |
| | | 29 | 06 | 13 | 20 | 27 | 03 | 10 | 17 | 24 | 31 | 07 | 14 | 21 | 28 | 07 | 14 | 21 | 28 | 04 | 11 | 18 | 25 | | 02 | 09 | 16 | 06 | 13 | 20 | 04 | 18 |
| Alamanda | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | X | | | | X | X | X | X | X | 17 |
| Alfazema | X | X | | | X | X | X | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 23 |
| Amamélis | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 04 | |
| Anêmona | | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 04 | |
| Anis | | X | | X | X | X | | X | X | | | | X | | | X | | X | | | | | | | | | X | X | | | 11 | |
| Astromélias | | | X | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 02 | |
| Beladona | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 01 | |
| Betônica | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 01 | |
| Bogarim | | | | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 05 | |
| Bonina | | | | | | X | X | | | | | | | X | X | | | | X | | X | X | X | | | | | X | | | 09 | |
| Broválias | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 01 | |
| Campânula | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 03 | |
| Centáurea | | | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | | X | | 04 | |
| Fricsia | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 03 | |
| Gérbera | | | | | | | | | | | X | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 05 | |
| Glicínia | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | | | | | | | 04 | |
| Lavanda | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 01 | |
| Lilás | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 01 | |
| Maravilha | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | X | X | X | X | | | | | | | 06 | |
| Medinilas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | | 08 | |
| Miosótis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 01 | |
| Nenúfar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | X | X | | | | | | 04 | |
| Nigella | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | 02 | |
| Pervinca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | 02 | |
| Primula | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | 01 | |
| Saudade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | 01 | |
| Variegada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | 01 | |
| TOTAL | 03 | 05 | 04 | 04 | 05 | 06 | 06 | 03 | 05 | 02 | 03 | 02 | 05 | 04 | 04 | 05 | 07 | 03 | 04 | 02 | 05 | 04 | 05 | 04 | 05 | 04 | 03 | 04 | 05 | 04 | | |

Quadro 1 – Mulheres-flores e a participação por encontro

6.3 CUIDADOS ÉTICOS

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) foi adotado para participação na pesquisa, de acordo com o que preconiza a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996). Esse termo foi lido no primeiro encontro grupal da participante, momento em que se solicitou a autorização escrita, após esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo em questão, destacando-se a participação voluntária.

Pela característica aberta do grupo (acessibilidade de novas integrantes a cada encontro), convidávamos a nova integrante à participação no estudo, informando os procedimentos éticos e apresentando o TCLE.

Considerando que a pesquisa ocorria no espaço físico do local de tratamento e no horário oficial do Grupo de Mulheres na instituição, enfatizou-se que a desistência ou negativa em participar da pesquisa não causaria prejuízos ao processo de tratamento ou qualquer outro.

Os dados de identificação das participantes foram suprimidos, preservando-se o anonimato, não se revelando suas identidades. Após a transcrição, as fitas gravadas em áudio foram extintas. As mulheres foram identificadas no texto deste trabalho por nomes de flores, aleatoriamente, sem nenhuma relação com as suas histórias, visando-se exclusivamente à preservação do anonimato.

6.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: UMA PESQUISADORA-JARDINEIRA PARA “COLHEITA” DAS HISTÓRIAS DAS FLORES...

6.4.1 Consulta em Prontuários: o Que Falam das Flores?

À medida que se definiam as participantes, procedíamos à localização de seu prontuário na instituição para coleta de dados nesse registro institucional. Em novembro de 2012, a SEMUS inseriu no CAPS AD (CPTT) a Rede Bem-Estar, que introduziu os prontuários eletrônicos como forma de sistematização dos dados dos atendimentos.

Para as participantes que se encontravam na instituição antes da instauração da Rede Bem-Estar, fez-se a coleta de dados tanto nos prontuários físicos quanto nos eletrônicos. E para quem iniciou o tratamento a partir da data da introdução do prontuário eletrônico, a consulta foi feita somente nesses.

Para essa coleta, elaboramos um protocolo denominado ficha do participante (Apêndice 2), com a finalidade de se levantar:

- a) os dados de identificação e socioeconômicos (idade, estado civil, escolaridade, composição familiar, procedência por município, profissão, situação funcional e renda);
- b) o histórico do consumo de drogas (padrão de consumo, início e tempo de uso, tipo de substância, internações por consumo de droga);
- c) a inserção no CAPS AD (CPTT) (acesso, acolhimento, PTS – atividades individuais e grupais – uso de medicação, participação familiar, encaminhamentos do serviço para outros dispositivos e tipos de intervenções fora do espaço de tratamento).

O prontuário de cada mulher foi lido na íntegra, extraindo-se as informações referentes aos itens destacados acima. A seguir, reunimos os dados de todas as mulheres em cada item, obtendo as suas características gerais. Esse material será apresentado descritivamente para compreensão dessas características.

Nesse levantamento constatamos, nos PTS das participantes, o panorama das repercussões clínicas das substâncias psicoativas, como comprometimentos em nível físico, prejuízos nas relações familiares, sociais e no trabalho. Nesse trajeto de tratamento, observamos interrupções e idas e vindas à instituição.

Esses dados serão apresentados no capítulo dos resultados e discussão, na primeira parte.

6.4.2 O Acompanhamento do Grupo de Mulheres: Flores Conversam no Jardim...

Acompanhamos o Grupo de Mulheres de forma participativa, indagando, conversando, ouvindo os seus relatos, em que se inscreviam diferentes facetas de suas vidas, incluindo-se a vinculação com as substâncias psicoativas. Esse acompanhamento favoreceu a captura de paisagens das histórias das mulheres, de como organizaram seus modos de viver e de como cuidam de si mesmas.

Pensávamos que nossa dupla implicação – como coordenadora do grupo e como pesquisadora – interferiria negativamente no processo da pesquisa. Entretanto, a proximidade com o campo e com algumas mulheres que já conhecíamos no grupo coordenado por nós foi um ponto crucial para a pesquisa. Observamos, durante o trabalho de campo, que essa particularidade incrementou a confiança estabelecida entre as participantes e a pesquisadora, favorecendo relatos muito preciosos e significativos de suas histórias.

Somente num clima de confiança é que se promovem a entrega e a abertura da fala, da palavra, da expressão de aspectos tão significativos da existência dessas mulheres, muitas vezes guardados há anos sem compartilhamento. O compromisso ético com o trabalho, o nosso olhar para esse sofrimento e a adoção de uma postura ética expansiva – para além do bem e do mal – diante das histórias também favoreceram o espaço de confiança e sustentação para o brotamento dos conteúdos dos relatos.

Fundamentalmente buscamos compreender, sob a ótica e a interpretação das mulheres, as implicações do consumo da substância psicoativa nas suas vidas e como, superando esse problema “antigo”, elas instauram e vivificam o dia a dia e o cuidado de si.

Cada encontro durou cerca de duas horas e aconteceu num dos consultórios do serviço, onde já aconteciam habitualmente as reuniões, sem necessidade de criação de novo espaço.

O estudo não interrompeu a atividade do grupo nem do serviço escolhido, antes pelo contrário, em nossas participações verificamos a dignidade e a

valorização experimentada pelas mulheres ao compartilharem suas experiências para esse trabalho, muitas delas contando às recém-chegadas da importância da pesquisa.

Nesse acompanhamento explorou-se a experiência de vida das mulheres e do uso de substâncias psicoativas, considerando-se os seguintes aspectos: as implicações do consumo da substância psicoativa em diferentes dimensões da vida (trabalho, família, afetividade); os tipos de droga consumidos e o padrão de consumo; a função da droga na vida das mulheres; e principalmente, os movimentos do cuidado de si para reinvenção da vida, foco do nosso estudo (Apêndice 3).

Um roteiro nos norteou no acompanhamento do grupo (Apêndice 3). Entretanto, tivemos o cuidado de não o sobrepor à rica experiência das mulheres, muitas vezes contada de forma efusiva e divertida pelas participantes, apesar de entremear-se momentos de relatos de dores e sofrimentos. Os relatos compartilhados já traziam, de certa forma, as informações que buscávamos.

As experiências descritas pelas participantes garantiram a aproximação para algumas respostas a inquietações despertadas quando nos propusemos este estudo; muitos outros questionamentos se formaram durante o percurso. Como exemplo, as constantes perguntas feitas por elas: “O que faz com que continuemos a usar essas substâncias? O que faz dar essa recaída? O que faz dar esse vazio?”.

Nesse processo, gravamos os relatos, ora em fita cassete, ora por meio digital, no telefone celular.

Dos 30 encontros, 29 foram gravados em áudio, porque no grupo de 18 de abril de 2013, uma integrante que participava pela primeira vez preferiu não fazer parte da pesquisa, alegando a necessidade de mais tempo para decidir, haja vista ainda não se sentir bem clinicamente, queixando-se de estar “esquecida” por causa do uso do álcool.

Nesse dia a reunião do grupo não foi gravada, tendo em vista o compromisso ético de somente gravar as narrativas quando se reunissem todas as participantes concordantes com esse expediente. Essa situação limitou-se a essa data, pois na reunião seguinte a mesma mulher aceitou participar da pesquisa, sentindo-se mais ciente de seus atos e sem o desconforto do esquecimento.

A ideia de saturamento das informações permeou esse acompanhamento. Assim, quando chegamos às repetições de dados, terminamos o trabalho de campo.

No que diz respeito à dinâmica do trabalho, os grupos começavam com um cumprimento de bom dia às participantes, seguido da pergunta sobre o tema ou temas que as mulheres queriam discutir no dia. Portanto, eram as mulheres que traziam os conteúdos a serem trabalhados. Objetivávamos não interromper o fluxo do acontecimento grupal, pois isso era uma das premissas de nosso trabalho de pesquisa: partir do que as mulheres traziam com base nas suas necessidades de fala e de expressão. Captávamos desse universo expressivo os dados para o estudo e aprofundávamos os temas trazidos pelas participantes.

Os temas comumente explorados pelas mulheres foram: a relação de dependência com a substância psicoativa, as perdas e prejuízos ocasionados por essa relação, as relações familiares, a condição feminina, a maternidade, a gestação e o uso de drogas, tráfico, violência, abuso sexual, recaídas e tratamento.

As mulheres não demonstraram desconforto ao comentarem suas experiências e conversaram tranquilamente. Destacam-se, nesse processo, a solidariedade e o acolhimento àquelas que chegavam para o primeiro encontro e a escuta atenta umas das outras, efetivando-se um espaço de afirmação e de potência ao acolhimento do relato mútuo, sem julgamentos morais, antes fomentando a perspectiva expansiva e acolhedora da outra que ali estava com a finalidade de também encontrar algo para sua existência.

A ultrapassagem da dimensão moral do uso de substâncias psicoativas por parte dessas mulheres foi um dos aspectos que mais nos chamaram a atenção no processo. Não havia espaço para a avaliação moral do sofrimento ou das ações, evidenciando-se no seu lugar a troca, a exposição e, principalmente, a afirmação da possibilidade de outras formas de vida diferentes daquela em que se encontravam, já não sendo tão prazeroso ou satisfatório o contato com a droga.

Divertíamos-nos muito ouvindo algumas histórias engraçadas, ao mesmo tempo em que muitos eventos tocaram o coração de todas ali presentes, naquele aperto encurralado do peito, como perda, abandono, abusos, violências diversas, separações, desabrigo e a droga em si.

Momentos de intensa tristeza alternavam-se rapidamente com outros de intensa alegria e riso, num mesmo período de duas horas, mesclados pela troca de um batom vermelho, que parecia querer aliviar a dor do relato anterior ou encobrir, com um pouco de cor, os matizes embrutecidos, endurecidos, encouraçados pela dura realidade. E nesse fluxo-narrativa-relato, o grupo seguia. Sentimo-nos numa rica paisagem-filme-cinema-vida, ora em preto e branco, ora opaca, ora colorida.

Eram histórias geográfica e afetivamente situadas perto e longe, conceitos tornados imediatamente concomitantes. Histórias que ainda parecem paralisadas no tempo das emoções, que talvez se relacionem com a droga ou não. Não sabemos, e não podemos ir além da especulação.

6.4.3 Análise dos Dados: As Fragrâncias das Flores se Misturam...

Os dados obtidos na consulta dos prontuários (fontes secundárias) foram analisados e serão apresentados de forma descritiva para indicar as

características das participantes, o processo de tratamento na instituição e o uso da rede de serviços.

Os dados coletados no acompanhamento grupal (fontes primárias) foram transcritos, digitalizados e transformados em texto, sem alteração do conteúdo dos relatos. Para a análise desses dados, empregamos a técnica da análise temática (BARDIN, 1979), buscando os temas contidos nos relatos das mulheres e os seus significados.

A escolha da análise temática apoiou-se igualmente em nossa experiência clínica profissional de quase 19 anos nesse campo, que nos trouxe tranquilidade, conforto e segurança.

O material foi discutido à luz da teoria reichiana e neorreichiana, articulada com os textos da PAIUAD. Inicialmente, lemos o material transcrito de forma fluante, para sentir a brisa exalada por todas as mulheres-flores. A análise temática congregou a leitura exaustiva do material transcrito, a exploração do material para codificação dos dados, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2004).

A leitura exaustiva do material evidenciou nos relatos das mulheres a identificação de diferentes movimentos para a retomada do cuidado, que nos serviram de princípios orientadores de adequação e organização nas categorias temáticas.

Para o processo de cuidado de si na reinvenção da existência, as mulheres trouxeram muitas formas de operar e reinventar o cotidiano. O cuidado de si foi observado mediante diferentes movimentos de reposicionamento, que vão construindo a cada momento situações inusitadas, imprevisíveis, ou repetindo outras, convocando às tentativas e desafios de driblar ou enfrentar o medo de recaída, diante das ofertas das substâncias psicoativas, dentre outras incertezas.

Nessas formas de cuidado, por exemplo, movimentos expressaram-se no pensamento, na reflexão, no exercício e no movimento para evitar a recaída, com reposicionamento perante a família, escolha das companhias, reflexão sobre o uso ou não da substância psicoativa e escolha autônoma do bem-estar.

Por esse processo, chegamos à construção de temas relevantes pelas mulheres, agrupados pela proximidade e afinidade temática, sustentados pelos aportes teóricos reunidos para este trabalho. Para essa categorização, pautamo-nos, especificamente, pelo conceito reichiano de saúde já explicitado neste trabalho (REICH, 1986; 2001a).

Com base nesse conceito, articulamos os dados analisados em duas categorias temáticas do cuidado de si na reinvenção da vida: a categoria movimentos de expansão e a categoria movimentos de contração. Nesse sentido, inferimos que a categoria movimentos de expansão relaciona-se a movimentos feitos pelas mulheres que potencializam o cuidado de si. A categoria movimentos de contração indica os movimentos incapazes de gerar modificações, apenas reafirmando a despotência do cuidado de si.

Não indicamos aqui um enrijecimento num polo ou noutro (expansão, contração), mesmo porque não é esse o conceito reichiano de saúde que significa oscilar, sem se perpetuar nesses pontos. A ideia, ao construirmos as categorias com base nesse conceito, é demonstrar que o próprio cuidado de si pulsa, verificado neste estudo, que pareceu evidenciar uma oscilação entre esses dois polos. Portanto, ao se constatarem os movimentos de expansão, verificamos movimentos afirmativos nesse cuidado, em detrimento da polaridade contração, quando se evidenciaram movimentos destoantes e, sobretudo, de risco e de vulnerabilidade a esse cuidado.

Essas categorias serão expostas nos resultados, análise e discussão, na segunda parte.

7 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO: COLHENDO FLORES

Neste capítulo compartilharemos os resultados, a análise e a discussão de nossa pesquisa em dois momentos. Primeiro, apresentaremos os dados obtidos na consulta dos prontuários das 27 participantes, mostrando algumas características das mulheres mediante os dados sociodemográficos, padrão de consumo das substâncias psicoativas, o processo de cuidado na instituição e o uso da rede de serviços. Em seguida, exporemos os dados referentes ao acompanhamento grupal com a análise de conteúdo temática (BARDIN, 1979), sustentada pelo referencial teórico reichiano e neorreichiano, articulado com a os textos da PAIUAD e afins.

7.1 APRESENTANDO AS FLORES DO JARDIM...

Alamanda, Alfazema, Amamélis, Anêmona, Anis, Astromélia, Beladona, Betônica, Bogarim, Bonina, Brovália, Campânula, Centáurea, Frísia, Gérbera, Glicínia, Lavanda, Lilás, Maravilha, Medinilas, Miosótis, Nenúfar, Nigella, Pervinca, Prímula, Saudade e Variegada. Essas são as flores do nosso jardim, as participantes de nosso estudo.

A seguir, destacamos de cada participante a escolaridade – ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC) –, o estado civil, a situação funcional, o número de filhos, a idade no início do consumo da substância psicoativa, o ano de chegada ao tratamento no CAPS AD (CPTT), a idade no início do tratamento nesse serviço e as drogas consumidas (Quadro 2).

| Participante | Escolaridade | Estado civil | Situação funcional | Nº Filhos | Idade no início do consumo (anos) | Ano de chegada ao CAPS AD (CPTT) | Idade no início do tratamento (anos) | Drogas experimentadas |
|--------------|--------------|------------------------|--------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Alamanda | EFI | Separada | Aposentada | 02 | 15 | 2011 | 60 | Tabaco, álcool, cocaína inalada, maconha e crack |
| Alfazema | EMI | Solteira | Desempregada | 00 | 13 | 2009 | 30 | Tabaco e álcool |
| Amamélis | EFI | Separada | Desempregada | 03 | 32 | 2012 | 37 | Cocaína inalada, cocaína injetável e crack |
| Anêmona | EMI | Separada | Trabalhando | 00 | 16 | 1999 | 21 | Cocaína inalada, álcool, maconha e crack |
| Anis | EFI | Viúva | Desempregada | 03 | 25 | 2011 | 53 | Álcool |
| Astromélias | EFI | Separada | Desempregada | 07 | 27 | 2011 | 32 | Álcool, maconha e crack |
| Beladona | EFI | Serparada | Desempregada | 01 | 12 | 2012 | 22 | Álcool, maconha, cocaína inalada, injetável e tabaco |
| Betônica | EFI | Viúva | Desempregada | 02 | 21 | 2010 | 30 | Cocaína inalada e crack |
| Bogarim | EFI | Casada | Desempregada | 01 | 34 | 2012 | 37 | Maconha |
| Bonina | EFI | Casada | Desempregada | 02 | 13 | 2011 | 59 | Álcool |
| Brovárias | EFI | Solteira | Desempregada | 00 | 12 | 2004 | 33 | Álcool, maconha, cocaína inalada, crack e heroína |
| Campânula | EFI | Solteira | Desempregada | 01 | 30 | 2013 | 42 | Álcool, cocaína inalada e crack |
| Centáurea | EMC | Casada | Desempregada | 02 | 10 | 2009 | 38 | Cocaína inalada, tabaco, crack e LSD |
| Frícsia | EMI | Casada | Desempregada | 01 | 17 | 2013 | 23 | Álcool, maconha, cocaína inalada e injetável, e crack |
| Gérbera | EFI | Casada | Desempregada | 03 | 27 | 2012 | 33 | Cocaína inalada |
| Glicínia | EFI | Separada | Desempregada | 02 | 15 | 2009 | 49 | Tabaco, maconha, cocaína inalada e crack |
| Lavanda | EFI | Casada | Desempregada | 03 | 23 | 2012 | 26 | Tabaco, thinner e crack |
| Lilás | EFI | Viúva | Desempregada | 03 | 12 | 2013 | 25 | Maconha, cocaína inalada e crack |
| Maravilha | EFI | Viúva | Desempregada | 03 | 14 | 2013 | 42 | Maconha, cocaína inalada e crack |
| Medinilas | EFI | Casada | Desempregada | 03 | 12 | 2013 | 45 | Álcool e tabaco |
| Miosótis | EFI | Separada | Desempregada | 03 | 14 | 2013 | 35 | Tabaco, álcool, cocaína injetável, solventes e crack |
| Nenúfar | EMC | Separada | Desempregada | 02 | 19 | 2013 | 48 | Álcool, maconha, cocaína inalada e crack |
| Nigella | EFI | Viúva/casada novamente | Desempregada | 03 | 14 | 2009 | 27 | Álcool, maconha, cocaína inalada e tabaco |
| Pervinca | EFC | Solteira | Desempregada | 01 | 15 | 2011 | 25 | Maconha, cocaína inalada e tabaco |
| Prímula | EFC | Solteira | Trabalhando | 03 | 14 | 2007 | 18 | Álcool, maconha, cocaína inalada, cola, thinner, crack e tabaco |
| Saudade | EFI | Solteira | Desempregada | 02 | 13 | 2013 | 23 | Maconha, cocaína inalada, crack e tabaco |
| Variegada | EMI | Casada | Desempregada | 01 | 17 | 2011 | 22 | Álcool, maconha, crack e tabaco |

Quadro 2 – As mulheres participantes da pesquisa

Considerando a data da primeira chegada à instituição, ou seja, o acolhimento, essas mulheres, no início do tratamento no CAPS AD (CPTT), estavam numa faixa etária entre 18 e 60 anos, com média de idade de 34 anos, distribuídas por idade da seguinte forma: 42 anos (três participantes - 11,12%), 22, 23, 25, 30, 33 e 37 anos (duas participantes de cada idade – 44,44%) e 18, 21, 26, 27, 32, 35, 38, 45, 49, 53, 59 e 60 anos (uma participante de cada idade – 44,44%).

Esse dado aponta para uma difusão do consumo de substâncias psicoativas por mulheres em qualquer faixa etária, desde os 18 anos, etapa da vida em que comumente se estuda, organizando-se para o “futuro” laboral. Parece indicar igualmente a concentração de mulheres que buscam os serviços de cuidado em faixa etária laboral, embora provavelmente mais distante do início do consumo das substâncias psicoativas.

Essa informação também indica a precocidade do uso de substâncias psicoativas, confirmando os dados dos levantamentos domiciliares do CEBRID (CEBRID, 2002; 2005) e do levantamento do VIGITEL (BRASIL, 2013).

Também merece destaque a idade de 60 anos, indicando que o consumo de substâncias psicoativas atinge a terceira idade, etapa do envelhecimento, em que possivelmente se vive mais solitariamente, estando os filhos já casados e encaminhados na vida, talvez exercendo a substância algum suporte em meio à constatação do envelhecimento e à solidão em si. Essa mulher de 60 anos é aposentada e separada, vivendo sozinha.

A idade de 18 anos foi a menor registrada por essas mulheres ao chegarem ao tratamento. Verificamos que 19 delas (70,38%) encontravam-se na faixa etária entre 18 a 39 anos. Essas mulheres procuram, portanto, um serviço de atenção ao cuidado para o consumo de substâncias psicoativas numa etapa da vida em que são jovens, em fase produtiva laboral, sentimental, de maternidade, dos sonhos para o futuro e das concretizações no tempo presente, sendo o contato com essas substâncias psicoativas fator predominante em suas vidas, dada a relação nociva ou dependente, o que as alija dessas aspirações, levando-as a passar a maior parte do tempo consumindo drogas e sofrendo com o que isso ocasiona: perdas afetivas, desemprego, conflitos e afastamento das relações familiares, distanciamento dos filhos e comprometimento das relações afetivas, dentre outros descontentamentos.

No que tange à procedência das participantes, em termos das regiões de saúde de Vitória, apesar da predominância de uma das regiões (40,75 %), mulheres de todas as demais regiões estavam representadas.

A representatividade de todas as regiões de saúde indica que o consumo de drogas afeta as mulheres de todo o município, corroborando os estudos e pesquisas que salientam o crescente aumento do consumo de drogas por mulheres, problema não tão silencioso assim (UNDOC, 2004). Esse dado evidencia também o que os relatórios do CEBRID (2002; 2006) enfatizaram, ou seja, que a prevalência do consumo de substâncias psicoativas por mulheres tem aumentado.

Essa representatividade realça igualmente a necessidade de o município pensar e efetivar políticas municipais e estratégias específicas de cuidado e atenção às singularidades femininas, ampliando o rol de cuidado desde a Atenção Básica e também no CAPS AD (CPTT), bem como na rede intersetorial para as mulheres, pois decerto essa dependência causa sofrimento, com desdobramentos correspondentes.

Os dados apontam que a região de maior procedência das mulheres (40,75%), parecem indicar serviços específicos para o trato da problemática do álcool. E essa maior procedência pode ser explicada pela organização da rede de saúde do município de Vitória, que conta com cobertura total da ESF em toda essa região, sendo ao todo oito USFs, o que favorece a proximidade do serviço na atenção e cuidado dos problemas de saúde dos munícipes, em particular no uso de substâncias psicoativas. Essa maior procedência pode também ser explicada em função do trabalho de apoio matricial feito pelo CAPS AD (CPTT) no município, gerando proximidade com as USs, na organização de PTS em conjunto para os usuários do município, discussão clínica e encaminhamento conjunto dos casos.

O maior número de mulheres dessa região pode se dar em decorrência do contexto do tráfico nessa região, amplamente veiculado na mídia local. Essas notícias e acontecimentos são corroborados pelas mulheres da pesquisa, no acompanhamento grupal. De certa forma, a proximidade desses locais pode igualmente favorecer o seu contato com as substâncias psicoativas.

Quanto à escolaridade das participantes, o EFI foi predominante, com 16 mulheres nessa condição (59,25%), seguindo-se a condição de EFC para quatro mulheres (14,82%), a condição de EMC para quatro mulheres (14,82%) e, por último, a condição de EMI para três mulheres (11,11%).

Considerando que mais da metade das mulheres tem EFI (59,25%), poderíamos inferir que a escolaridade representa fator de proteção ou de criticidade para o consumo de substâncias psicoativas. Entretanto, o VIGITEL (BRASIL, 2013) evidenciou o contrário: quanto mais escolaridade, mais consumo de droga. Ou seja, a escolaridade não impede nem reduz o aumento do consumo de droga.

Segundo Zilberman *et al.* (2003), em relação ao nível instrucional, uma diferença significativa entre homens e mulheres é que as usuárias de drogas são mais instruídas do que os usuários. Segundo essa autora, de acordo com os dados estatísticos, 30% dessas mulheres iniciam o curso superior, enquanto, entre os homens, essa porcentagem é de apenas 5%.

Porém, nossos dados contrapõem-se à afirmação dessa autora, pois nenhuma mulher de nossa pesquisa tem nível superior. Nossos dados denotam que o consumo dessas substâncias, em relação de dependência, parece não oportunizar o ensino superior.

Quanto ao estado civil das participantes, cinco mulheres são solteiras (18,51%), oito são separadas (29,63%), dez são casadas (37,04%) e quatro são viúvas (14,82%).

O índice de mulheres solteiras e separadas remete à dificuldade de criação de vínculo mais duradouro, como o casamento, para sujeitos que vivenciam a problemática do uso de álcool e de outras drogas. Entretanto a dificuldade de estabelecimento de vinculações afetivas mais duradouras não se restringe aos sujeitos com a problemática das drogas, mas a todos que se dispõem a tal vínculo.

O que sugerimos é que a problemática dessas mulheres pode dificultar ainda mais tais vinculações e a sua manutenção, por todos os prejuízos que a relação nociva e de dependência com substâncias psicoativas produz.

A condição da maternidade abrangia 24 participantes (88,88%) e somente três participantes (11,11%) não tinham filhos. Os filhos já atingiram a vida adulta, alguns na adolescência e outros ainda são crianças, havendo mesmo bebês abaixo de um ano de idade. Algumas dessas mulheres já são avós.

Esse dado indica que a maternidade se sobrepõe à condição do uso da substância psicoativa, talvez pelo “desejo” do exercício dessa função. Ou também pela condição de dependência que pode suscitar situações de risco e vulnerabilidade à sexualidade, com a ausência de medidas preventivas e de cuidados, favorecendo a gravidez (CEBRID, 2004). Em nosso estudo, algumas mulheres têm mais de um filho e uma delas tem sete.

A perda da guarda dos filhos impôs-se a duas mulheres por intervenção do Conselho Tutelar. Uma delas estava em fase de pós-gestação e perdeu a guarda em decorrência do uso de *crack*. Outra foi denunciada por vizinhos ao ter deixado o filho para comprar droga. Nessas duas condições os filhos estiveram sob a guarda de abrigos.

Esse tema, tanto no registro dos prontuários quanto no próprio relato das mulheres nos grupos, inspira grande angústia, sentida quando são “convocadas” a abrirem mão da maternidade em função do consumo nocivo ou dependente das substâncias psicoativas. Evidenciou-se sobremaneira nessas mulheres empenho em “resgatar” a condição de mãe mediante o processo de cuidado de si no CAPS AD (CPTT), como ponte para a retomada dos filhos. Uma mulher relatou estarem os filhos sob os cuidados de familiares.

Esse dado aponta para um aspecto significativo e mobilizador da procura ou entrada no tratamento, muito estimulado por fatores externos, como o medo de perder os filhos por imposição judicial (COHEN *et al*, 2007; RIBEIRO, 2009).

No cenário familiar dessas mulheres há histórias de alcoolismo e outras de violência, reafirmando os dados quanto à família de origem dessas mulheres (RIBEIRO, 2009), que, na maioria, não vivem sós. Os pais de algumas delas já são falecidos. Há episódios de separação entre os pais ou de pais que abandonaram a família, assim como o fato de terem sido acolhidas por outros familiares (como tias) ou por pais adotivos. Essas mulheres têm filhos e irmãos (vivos, falecidos, casados e adotivos), e também cunhados, netos e sobrinhos.

Apesar de o consumo das substâncias psicoativas interferir na dinâmica familiar, a família é ainda um vínculo de referência para essas mulheres. 19 delas moravam com algum familiar (marido, pais, mãe, tio, irmão, avós, cunhado, filhos ou netos), tendo a família como suporte e sustentação. Três mulheres residiam sozinhas, quatro perderam o vínculo familiar, residindo no serviço no abrigo noturno da PMV e uma delas vivia em situação de rua.

Destaca-se que, das 27 mulheres, quatro delas (14,81%) passaram pela situação prisional por tráfico de cocaína ou outro tipo de criminalidade. Esse dado contrapõe-se aos do Relatório Mundial sobre Drogas, que destaca que o maior percentual de mulheres presas ou suspeitas ligadas a crimes envolve sedativos e tranquilizantes (UNODC, 2014). Por outro lado, o dado que obtivemos corrobora as tendências da população carcerária feminina brasileira, na atualidade, representando cerca de 7% de mulheres, o que corresponde a quase 36 mil presas, sendo a maioria das prisões relacionada com o tráfico de drogas (BRASIL, 2014a).

No que tange à profissão, observamos uma diversidade de atividades laborais, desde aquelas com baixa especialização e nível instrucional, como auxiliar de serviços gerais, garçonete, manicure, babá, faxineira/diarista, vendedora, depiladora, auxiliar de cozinha, recicladora, artesã, costureira, cabelereira e comerciante até as de maior especialização e nível instrucional, como auxiliar administrativo. Listam-se também as condições de do lar, aposentada e “sem ocupação”, conforme registrado em prontuário.

A aquisição de profissão ou qualificação profissional ocorreu para uma das mulheres no decorrer do processo de cuidado de si no CAPS AD (CPTT), sobremaneira pelas Oficinas de Artesanato e Geração de Renda, e ela passou à condição de artesã, com inscrição de microempreendedora. Esse avanço coaduna-se com a missão e tarefa do CAPS na reinserção social (BRASIL, 2002) e com o que preconiza a RAPS sobre a Reabilitação Psicossocial por meio de ações intersetoriais de inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011b).

Quanto à situação funcional, o desemprego foi uma realidade para 22 mulheres (81,49%), dado extremamente preocupante, uma vez que a faixa etária dessas mulheres refere-se a uma etapa extremamente produtiva da vida. Uma declarou não trabalhar, e nem por isso se considera desempregada, já que se diz “do lar” (3,70%). Uma mulher (3,70%) era aposentada. No mercado formal de trabalho, verificamos o registro de três mulheres (11,11%).

Isso nos faz pensar no significado do quadro de dependência e as consequências desse desemprego, com outras categorias de dependência, como a financeira. Essa situação de dependência financeira familiar foi verificada no caso de 18 mulheres (66,67%), dependentes, em geral, dos familiares (avós, pais, maridos, pai aposentado, mãe ou irmãos). Cinco mulheres (18,52%) contavam com benefício social (uma com Benefício de Prestação Continuada e Bolsa Família; uma com o Bolsa Família e Cesta Básica; e três com o Bolsa Família). Somente quatro mulheres (14,81%) eram financeiramente autônomas: três delas mediante o trabalho, e uma em decorrência de aposentadoria.

Quanto à questão da inserção profissional, Pinho (2005) observou em seu estudo com usuárias de drogas que, quanto mais baixo o nível social, menos elas estão inseridas e preocupadas com o mercado de trabalho, como se a sociedade assentasse uma demarcação entre aqueles que trabalham para consumir e os que, pela impossibilidade do consumo, não veem tanto significado no trabalho. Há que se ter cuidado com esse tipo de afirmação,

considerando o contexto do desemprego estrutural e do subemprego. Por outro lado, o trabalho não se revela como espaço criativo, mas de expropriação.

Outro dado importante é que, apesar de mulheres e homens relatarem problemas profissionais, as mulheres assinalam mais dificuldades financeiras e de desemprego (BRADY; RANDALL, 1999; ARFKEN *et al.*, 2001; DAVIS *et al.*, 2002), aspecto delicado quando se trata da questão estrutural do emprego, sobretudo para as mulheres, pois segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o crescimento econômico dos países relaciona-se a condição de menos pobreza e maior bem-estar e justiça social, melhorando-se a situação relativa das mulheres, dentre outros grupos discriminados da sociedade, e aumentando-se seu acesso a empregos capazes de garantir vida digna para si próprias e suas famílias, diretamente relacionada que está a pobreza aos níveis e padrões de emprego, assim como às desigualdades e à discriminação social (OIT, 2014).

A sustentação do cuidado de si não depende somente do suporte financeiro, mas também da vontade. Porém, considerando todas as dificuldades de adesão a qualquer tratamento, a sustentação financeira constitui aliada do cuidado. Afinal, a dependência financeira, que captura o desejo, a vontade, atrelando o sujeito ao outro pelo dinheiro (comer, enfim, viver), subtrai a autonomia.

Pelas características dessas mulheres e dos usuários de serviços de Saúde Mental e, em específico, de drogas, percebe-se que os espaços refletem o padrão de desigualdade social no País. Esse dado de dependência financeira ou dos benefícios sociais reflete o entrecruzamento entre direito e clínica, desafiador para os técnicos da atenção psicossocial. Como direito social, o serviço de saúde é também espaço formal para obtenção dos benefícios sociais. Os direitos sociais são conquistas das lutas da classe trabalhadora. Mas o acesso ao direito social e as motivações (internas e externas) para o cuidado de si não podem ser aprisionados (ou condicionados) pelo acesso ao direito.

Nesse sentido, dotar a clínica da atenção psicossocial do caráter de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas envolve inúmeros desafios. Se não se pode prescindir do manejo terapêutico dos profissionais de saúde nas suas intervenções, tendo em vista esse “direito social”, também não se pode deixar esse direito capturar o processo de cuidado dos usuários ou sobrepor-se a ele, sob pena de imprimir movimentos de interrupção dos projetos terapêuticos dos usuários na direção da autonomia e da conquista da experimentação de novos lugares e ações.

Quanto ao consumo de drogas, observamos, segundo a CID 10²⁸ (OMS, 1993), que, das 27 mulheres, sete (25,92%) eram dependentes de uma única substância psicoativa: três mulheres (11,11%) consumiam álcool, o que se caracteriza no código F 10 da CID 10; uma mulher (3,70%) usava maconha, consumo caracterizado pelo código F12 da CID 10; duas mulheres (7,40%) inalavam cocaína, o que se caracteriza pelo código F 14 da CID10; e uma mulher (3,70%) consumia *crack*, uso caracterizado pelo código F 14 da CID 10.

E para 20 mulheres (74,07%), verificamos a dependência de mais de uma substância psicoativa, ou seja, múltiplo uso, caracterizado pelo código F 19 da CID 10: três mulheres (11,11%) combinavam álcool, maconha e *crack*; quatro

²⁸ Nessa classificação os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa compreendem o agrupamento F10 a F19, transtornos relacionados com o uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, diferindo pela gravidade variável e pela sintomatologia diversa, o terceiro caráter do código identifica a substância implicada; e o quarto caráter especifica o quadro clínico assim representado: a) .0 – intoxicação; b) .1 – efeitos nocivos à saúde; c) .2 – dependência; d) .3-9 – outros transtornos. Considerando que vários usuários de drogas utilizam mais de um tipo de substância psicoativa, o diagnóstico principal deverá ser classificado, quando possível, em decorrência da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas, que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Assim, F 10 representa os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de álcool; F 11, transtornos mentais e comportamentais pelo uso de opiáceos; F 12 representa os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de canabinoides; F 13, transtornos mentais e comportamentais por uso de sedativos e hipnóticos; F 14, transtornos mentais e comportamentais por uso de cocaína; F 15, transtornos mentais e comportamentais pelo uso de outros estimulantes, inclusive cafeína; F 16, transtornos mentais e comportamentais pelo uso de alucinógenos; F 17, transtornos mentais e comportamentais por uso de fumo; F 18, transtornos mentais e comportamentais por uso de solventes voláteis; e F 19, transtornos mentais e comportamentais por uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (OMS, 1993).

mulheres (14,81%) usavam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável e *crack*; duas mulheres (7,40%) consumiam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável; duas mulheres (7,40%), álcool, cocaína inalada e *crack*; três mulheres (11,11%) usavam álcool, maconha e cocaína inalada; duas mulheres (7,40%), cocaína inalada e *crack*; três mulheres (11,11%) consumiam maconha, cocaína inalada e *crack*; e uma mulher (3,70%) combinava maconha e cocaína inalada (Tabela 1).

Tabela 1 – As mulheres e o consumo de substâncias psicoativas

| Substâncias psicoativas | Nº mulheres | % |
|--|--------------------|----------|
| Álcool | 3 | 11,11% |
| Maconha | 1 | 3,70% |
| Cocaína inalada | 2 | 7,40% |
| <i>Crack</i> | 1 | 3,70% |
| Álcool – maconha – <i>crack</i> | 3 | 11,11% |
| Álcool – maconha – cocaína inalada- cocaína injetável – <i>crack</i> | 4 | 14,81% |
| Álcool – maconha – cocaína inalada – cocaína injetável | 2 | 7,40% |
| Álcool – cocaína inalada – <i>crack</i> | 2 | 7,40% |
| Álcool – maconha – cocaína inalada | 3 | 11,11% |
| Cocaína inalada – <i>crack</i> | 2 | 7,40% |
| Maconha – cocaína inalada – <i>crack</i> | 3 | 11,11% |
| Maconha – cocaína inalada | 1 | 3,70% |
| Total | 27 | 100% |

Outras substâncias também se destacaram na trajetória de uso dessas mulheres, como ácido lisérgico (LSD) (uma mulher), solventes (cola e *thinner*) (três mulheres), tabaco (13 mulheres) e heroína (uma mulher).

Destacamos, para cinco mulheres (18,52%), a combinação de álcool com outra substância psicoativa; para seis mulheres (28,57%), a maconha esteve associada a outras substâncias: sete mulheres (25,93%) a associaram com a cocaína inalada; duas mulheres (7,40%) a combinaram com cocaína injetável; para cinco mulheres (18,52%), o *crack* foi combinado com outras substâncias.

A presença isolada do álcool (11,11%) na maioria das combinações (51,83%), totalizando 62,94%, enfatiza e reafirma o que os dados nacionais (CEBRID, 2002) e a PAIUAD, do MS (BRASIL, 2003) já demonstraram, ou seja, que o

problema se concentra no cerne das drogas lícitas, como o álcool. E coaduna-se com os dados atuais do II LENAD, de 2012, que evidenciou que os brasileiros em geral estão bebendo cada vez mais e de forma nociva, e em particular, as mulheres, bebendo em *binge* e de forma nociva (LARANJEIRAS *et. al*, 2014).

Por outro lado, a porcentagem de 25,93% de mulheres que associam cocaína inalada às outras substâncias – somada ao índice de 7,40% de consumo somente dessa substância, totalizando 33,33% – corrobora os dados do II LENAD (LARANJEIRAS *et al.*, 2014) que evidenciou que as brasileiras jovens consumidoras de cocaína são mais numerosas, por exemplo, que as usuárias de maconha, fenômeno raramente observado em outros países. Cerca de 2% das mulheres com até 25 anos relataram ter usado cocaína (LARANJEIRA, *et. al.*, 2014).

Esse dado parece indicar que as mulheres estão ascendendo socialmente, trabalhando mais, estudando mais, tornando-se mais independentes, o que pode propiciar igualmente a experimentação e o consumo de substâncias psicoativas. Entretanto, cabe perguntar o que acontece com essa faixa etária de mulheres, considerando o momento de vida produtivo, laboral, dentre outros aspectos desse momento da vida. Além disso, as políticas públicas devem estar atentas a esse fenômeno para modificar essa realidade.

Esse quadro também demonstra a tendência observada pelo Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2014), que indica que, apesar da peculiaridade de cada região do mundo com relação a drogas específicas, o policonsumo, uso de duas ou mais substâncias ao mesmo tempo ou sequencialmente, continua preocupante, tanto para saúde pública quanto para o controle de drogas (UNODC, 2014). Ou seja, as mulheres deste estudo reafirmam essa tendência, exceto por seis mulheres que fizeram uso de somente uma substância.

Observa-se que o *crack* já faz parte da vida do consumo dessas mulheres, acarretando muitos prejuízos não somente à mulher mas também a quem está no seu entorno e depende dela como mãe, cuidadora e trabalhadora. Essa

droga interfere, portanto, substancialmente na maternidade, com o “confisco” dos filhos em abrigos, distantes das mães. No caso do nosso estudo, essa situação foi evidenciada para duas mulheres (7,40%).

Os dados coletados nos prontuários indicaram que a idade mínima para o início²⁹ do consumo foi 10 anos de idade e a máxima, 57 anos. Essa precocidade confirma os dados já fornecidos pelas pesquisas e estudos nacionais (CEBRID, 2002; 2005).

Essa constatação se aproxima dos dados brasileiros que indicam que as primeiras experimentações de drogas acontecem em torno dos dez anos de idade (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997), enquanto os dados internacionais referenciam que as primeiras experimentações ocorrem entre os 12 e 15 anos (SCHUKIT, 1991).

Esse aspecto também é verificado pelos estudos brasileiros com estudantes de 1º e 2º graus de dez capitais brasileiras, nas quais se detectou um crescimento do consumo de álcool entre jovens e, particularmente, por parte de crianças em situação de rua, o uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas, bem como o aumento no uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI., 1997).

O uso de drogas e o início da vida sexual ocorrem, em média, aos 13 anos, coincidindo com o início precoce do uso de bebidas alcoólicas, enquanto o estudo do MS e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas em Situação de Rua (MNMMSR), em junho de 2002, verificou que, dentre 632 crianças e adolescentes entre dez e 23 anos, 23,2% já haviam usado alguma droga, enquanto 0,8 % já tinham compartilhado seringa ou agulhas (CEBRID, 1994; BRASIL, 2003).

O tempo de uso de álcool pelas mulheres variou entre dois, 16,3 e 35 anos.

²⁹ Para esse dado consideramos os dados encontrados nos prontuários referentes ao uso de tabaco, embora nosso trabalho tenha foco nas substâncias álcool, cocaína e *crack*.

7.2 AS MULHERES-FLORES E O PROCESSO DE CUIDADO DE SI NO CAPS AD (CPTT)

O acesso ao serviço do CAPS AD (CPTT) aconteceu de diferentes formas para as mulheres. Para duas mulheres (7,41%) o acesso foi voluntário, para duas foi por indicação da família (7,41%) e para uma delas, por referência dos amigos (3,70%). 17 mulheres chegaram por indicação de serviços municipais de Vitória, sendo 14 pelos serviços de saúde (51,85%) e três pelos serviços da assistência social (11,11%). Dos serviços do estado do Espírito Santo, quatro mulheres foram encaminhadas, três delas pelos serviços de saúde (11,11%) e uma delas pela Justiça (3,70%). O encaminhamento pelo Abrigo, órgão não governamental, ocorreu para uma mulher (3,70%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Acesso das mulheres ao CAPS AD (CPTT)

| Rede serviço/outros | Local | Nº de Mulheres | % |
|--|---|----------------|---------------|
| Diversos | Iniciativa própria | 02 | 7,41% |
| | Família | 02 | 7,41% |
| | Amigos | 01 | 3,70% |
| | Sub-total | 05 | 18,52% |
| Rede de Saúde Municipal Vitória | US/USF | 12 | 44,44% |
| | Pronto Atendimento Praia do Suá e São Pedro | 02 | 7,40% |
| | Sub-total | 14 | 51,85% |
| Rede Assistência Social Vitória | CRAS | 01 | 3,70% |
| | CREA/POP | 01 | 3,70% |
| | CENTRO/POP | 01 | 3,70% |
| | Sub-total | 03 | 11,11% |
| Rede Saúde Estadual | HEAC | 01 | 3,70% |
| | Hospital São Lucas | 01 | 3,70% |
| | CRE Metropolitano | 01 | 3,70% |
| | Sub-total | 03 | 11,11% |
| Justiça | Conselho Tutelar | 01 | 3,70% |
| | Sub-total | 01 | 3,70% |
| Não Governamental | Abrigo | 01 | 3,70% |
| | Sub-total | 01 | 3,70% |
| Total | | 27 | 100% |

Esses encaminhamentos demonstram a referência do CAPS AD (CPTT) como serviço de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas. Além disso, reiteram uma rede de cuidado em movimento e diálogo, considerando a chegada por esses diferentes pontos, de acordo com o que preconiza a organização da RAPS, ou seja, a acessibilidade em diferentes pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011b).

Segundo Brasiliano (2003) o acolhimento de mulheres representa a ultrapassagem dos entraves para a chegada ao tratamento, devendo-se valorizar essa chegada, ouvir suas queixas para a construção de um PTS adequado às suas necessidades. Nesse sentido, constatamos que o acolhimento das mulheres na instituição foi individual para 11 mulheres (40,74%) e grupal para 16 (59,26%).

Esse dado aponta também a não fixação do procedimento de acolhimento somente num dos polos (individual ou grupal), demonstrando a flexibilidade no processo de acolhimento para essa atenção, pois, muitas vezes, nem todos os usuários se sentem confortáveis em compartilhar as histórias num processo grupal, garantindo-se, com a estratégia individual, que a mulher possa ter acesso ao serviço e principalmente compartilhe o sofrimento que a moveu a procurar ajuda e cuidado.

O retorno à instituição após afastamentos do processo de tratamento ocorreu de zero a cinco vezes: em nenhuma vez para 12 mulheres (44,44%), uma vez para 15 mulheres (55,55%), duas vezes para nove mulheres (33,33%), três vezes para quatro mulheres (14,81%), quatro vezes para duas mulheres (7,40%) e cinco vezes para uma mulher (3,70%) (Quadro 3).

| Participante | Acolhimento | Retornos | | | | | Total Retornos |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------|
| | | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | |
| Alamanda | 13/05/2011 | | | | | | 00 |
| Alfazema | 19/10/2009 | 07/07/2011 | | | | | 01 |
| Amamélis | 01/08/2012 | | | | | | 00 |
| Anêmona | 25/08/1999 | 30/06/2004 | 01/12/2004 | 01/11/2012 | | | 03 |
| Anis | 08/12/2011 | | | | | | 00 |
| Astromélias | 13/04/2011 | 20/08/2011 | 16/03/2012 | | | | 02 |
| Beladona | 07/12/2012 | 10/06/2013 | | | | | 01 |
| Betônica | 18/01/2010 | 06/09/2012 | 13/12/2012 | | | | 02 |
| Bogarim | 28/11/2012 | | | | | | 00 |
| Bonina | 12/05/2011 | | | | | | 00 |
| Brovalias | 06/10/2004 | 07/08/2006 | 02/01/2007 | 24/03/2007 | 20/09/2011 | 10/08/2012 | 05 |
| Campânula | 09/01/2013 | 20/05/2013 | | | | | 01 |
| Centáurea | 11/05/2009 | 25/08/2010 | 14/07/2011 | 10/11/2011 | 10/02/2013 | | 04 |
| Fricsia | 07/02/2013 | 25/05/2013 | 27/08/2013 | | | | 02 |
| Gérbera | 12/01/2012 | 21/01/2013 | | | | | 01 |
| Glícinia | 25/11/2009 | 06/05/2010 | 02/12/2010 | 27/02/2013 | | | 03 |
| Lavanda | 19/11/2012 | | | | | | 00 |
| Lilás | 14/03/2013 | | | | | | 00 |
| Maravilha | 03/04/2013 | | | | | | 00 |
| Medinilas | 10/04/2013 | | | | | | 00 |
| Miosótis | 04/04/2013 | | | | | | 00 |
| Nenúfar | 15/04/2013 | | | | | | 00 |
| Nigella | 06/06/2013 | | | | | | 00 |
| Pervinca | 31/03/2011 | 19/07/2012 | | | | | 01 |
| Prímula | 10/04/2007 | 26/12/2007 | 07/04/2010 | | | | 02 |
| Saudade | 22/02/2013 | 09/07/2013 | | | | | 01 |
| Variegada | 15/09/2011 | 29/04/2013 | 16/07/2013 | | | | 02 |

Quadro 3 – Número de retornos à instituição após afastamentos do tratamento

Considerando os PTSs, verificamos que a modalidade intensiva esteve referenciada para o tratamento de 20 mulheres (74,07%) e o caráter semi-intensivo esteve referenciado para sete mulheres (25,93%). Não encontramos PTS referenciado na modalidade não intensiva. A modalidade intensiva de tratamento refere-se à indicação para os sujeitos clinicamente debilitados, numa vinculação de dependência da substância e perdas de relações de trabalho, social e familiar pelo consumo das substâncias, e mais da metade das participantes inscreviam-se nessa modalidade, necessitando de trabalho diário.

O acolhimento noturno com permanência 24 horas do CAPS A (CPTT) foi iniciada em dezembro de 2011. Das 27 mulheres, 15 receberam essa modalidade de atenção (55,55%), sendo essas mulheres Alfazema, Anêmona, Anis, Astromelís, Brovalias, Campânula, Centáurea, Gérbera, Lavanda, Lilás, Maravilha, Medinilas, Nenúfar, Saudade, Variegada. O tempo de permanência variou de três a 17 dias. Dessas mulheres, Alfazema vivenciou essa modalidade por três vezes, enquanto Centáurea vivenciou duas entradas nessa

permanência. As demais mulheres usufruíram dessa modalidade somente uma vez.

Esse dado parece indicar a singularidade do processo do cuidado de si de cada mulher nessa atenção psicossocial, expresso pela variação no tempo de permanência nessa modalidade. A necessidade do retorno a essa modalidade reflete a dinâmica da clínica da atenção aos usuários de álcool e de outras substâncias psicoativas, com seus altos e baixos, exposição a episódios de risco e vulnerabilidades, indicadores de possíveis recaídas. E a menor quantidade de dias (três), decorreu de a mulher não suportar a permanência, embora tivesse a indicação clínica e psicossocial para tal (era usuária de *crack*, em situação de rua, portanto em situação de risco e vulnerabilidade social).

Com os projetos terapêuticos abarcando tanto atividades individuais quanto grupais, observamos que o agrupamento Serviço Social, Psiquiatria, Enfermagem, Médico Clínico, Psicologia, Profissional de Referência e Plantão (atividade de um profissional estar disponível para o acolhimento das demandas do dia do usuário no serviço, como ser escutado, justificar chegada em atraso, dentre outras) foi o formato mais comum no acompanhamento individual.

No que se refere às especificidades, o Serviço Social contemplou o atendimento para 26 mulheres (96,30%), a Psiquiatria para 25 mulheres (92,60%), a Enfermagem (nível superior) para 20 mulheres (74,07%), a Clínica Médica para 18 mulheres (66,66%), a Psicologia para 15 mulheres (55,55%), o serviço do Profissional de Referência para 12 mulheres (44,44%), o trabalho de Plantão Interno para 11 mulheres (40,74%), Auxiliar de Enfermagem para oito mulheres (29,63%), Técnico de Enfermagem para quatro mulheres (14,81%), a Avaliação Física para duas mulheres (7,40%), a Visita Domiciliar para duas mulheres (7,40%), a Terapia Ocupacional para uma mulher (3,70%) e a Visita Hospitalar para uma mulher (3,70%).

Essa constatação parece indicar a singularidade do PTS de cada mulher e a atenção às suas necessidades específicas no processo de cuidado de si.

Entretanto, chama a atenção nesse dado de atividades individuais que o Profissional de Referência conste somente para 12 mulheres (44,44%), pois é um acompanhamento necessário e fundamental para a condução e avaliação do PTS, condição básica para a execução do PTS. Ou seja, 15 mulheres (55,56%), mais da metade, apareceram sem essa referência, o que significa a ausência de um acompanhamento do cuidado institucional recebido, bem como das terapêuticas ofertadas numa regularidade de avaliação com o usuário de seu processo, favorecendo possivelmente uma cronificação desse sujeito na instituição, aspecto fortemente combatido pela reforma psiquiátrica brasileira.

No tocante às atividades grupais, grupos de acompanhamento e oficinas terapêuticas, observamos uma diversidade de ofertas terapêuticas, verificando também atividades mantidas nos registros dos prontuários, atividades novas, algumas que desaparecem e outras sazonais.

Verificamos uma maior participação na Oficina de Arteterapia, que contemplou 24 mulheres, seguida do Grupo de Geração de Renda, com 20 mulheres, o Grupo Vivencial e a Oficina de Música e Cultura, ambos com 19 mulheres, Letramento, Poesia e Literatura, igualmente com 18 mulheres, o Grupo de Bom Dia, com 17 mulheres, a Oficina de Policultura e a de Cidadania, ambas com 14 mulheres e a Oficina de Leitura de Jornal, com 12 mulheres.

Quanto à singularidade da oferta terapêutica, expressa pelo Grupo de Mulheres, encontramos retrospectivamente, nos prontuários, registro de participação das mulheres nessa atividade desde 2007. Para mostrar essa variação temporal de participação, consideramos o primeiro registro no prontuário dessa participação nesse grupo, tendo como ponto de corte julho de 2013, quando encerramos a coleta de dados mediante o acompanhamento grupal.

Observamos também que essa participação sofreu flutuações temporais, indo e voltando uma mulher (3,70%) ao serviço e a esse dispositivo terapêutico por dois anos consecutivos, com o espaço de quatro anos para o retorno à atividade. Uma mulher (3,70%) participou por dois anos consecutivos e

ausentou-se por mais dois até o retorno. Para cinco mulheres (18,52%), verificamos a participação por três anos consecutivos. Verificamos a participação de três mulheres (11,11%) por dois anos consecutivos e para 13 mulheres (48,15%), a participação no ano de 2013 (Tabela 3).

Tabela 3 – Participação das usuáras no Grupo de Mulheres ao longo do tempo

| Período/Ano | Nº Participante | % |
|---------------------|-----------------|--------|
| 2007-2008-2012-2013 | 01 | 3,70% |
| 2009-2010-2013 | 01 | 3,70% |
| 2011-2012-2013 | 05 | 18,52% |
| 2012 | 04 | 14,82% |
| 2012-2013 | 03 | 11,11% |
| 2013 | 13 | 48,15% |
| Total | 27 | 100% |

Esse dado demonstra que o cuidado especificamente dessa mulher, cujo registro de participação de 2007 encontramos, já vem de longa data (o primeiro acolhimento na instituição data de outubro de 2004), com evasões do processo de cuidado de si, pois ela estava no serviço ainda em 2013. Indica também o quanto é necessário insistir nesse cuidado.

Essa constatação sinaliza igualmente quanto de tempo e de investimento emocional é necessário para o cuidado dessa problemática numa instituição de saúde, apesar dos espaços de distanciamento do serviço, sugerindo que esse cuidado de si tem idas e vindas e se dá em momentos diferentes da vida.

Isso requer que a instituição atente para que os processos de cuidado não se cronifiquem num CAPS AD, pois isso representaria seguir na contramão da reforma psiquiátrica brasileira, que preconiza a desinstitucionalização dos processos de cuidado (AMARANTE, 1994; 1996; 2007).

Contudo, a demarcação temporal da existência e participação das mulheres, considerando a criação desse espaço, em 1998, e o momento de chegada dessa mulher ao serviço, tendo sido contemplada por esse dispositivo terapêutico, demarca a efetividade dessa terapêutica específica para mulheres,

atividade sustentável desde a origem. Esse dado demarca a importância de um espaço específico para mulheres, conforme ressaltado por Ribeiro (2009), Brasiliano (2003), Zilberman (2003) e Hochgraf (1995), e Wolle e Zilberman (2011).

Embora essa participação oscile, em alguns momentos, demonstrando afastamento do serviço e talvez dessa qualidade de cuidado de si, esse dispositivo perdura e é referência para outras mulheres que chegam à instituição e para aquelas que a ela retornam. Essa participação das mulheres, embora flutuante, demonstra a fecundidade e a perenidade desse grupo.

A medicação psicotrópica foi um elemento coadjuvante significativo para o processo de tratamento das 27 mulheres, como aliada para a passagem da síndrome de abstinência da substância, da ansiedade e da fissura, consolidando-se com esse dado a utilização da farmácia do CAPS AD (CPTT) para obtenção da medicação prescrita.³⁰

A participação familiar no processo de tratamento, como elemento aliado no processo de cuidado, destacou-se para 20 mulheres (74,04%), sendo comum a presença de filhos, mãe, netos, tio, pai, marido, cunhado, irmãos e padrasto. Salienta-se que não houve a presença conjunta de pai e mãe nessa participação, indicando que sempre fica ao encargo de um ou de outro esse comparecimento.

Afirmamos mais uma vez que, apesar das dificuldades e transtornos causados pelo uso do álcool e de outras drogas e das modificações produzidas nas relações e nos vínculos familiares, a família deseja o deslocamento da posição do usuário de drogas, investindo no processo de tratamento. E esse familiar, quando participa do processo de tratamento, pode também promover uma mudança de posição em relação à mulher, numa postura de acolhimento, respeitados os limites necessários em toda relação.

³⁰ Caso não se tenha no momento da prescrição medicamentosa o remédio indicado, busca-se nas USs da rede a sua obtenção.

O histórico de internações por consumo de álcool e de outras drogas, anteriores à chegada ao CAPS AD (CPTT), foi uma realidade para oito mulheres, não inclusa nesse dado a permanência 24 horas no CAPS AD (CPTT). Esse dado refere-se a internações fora desse serviço. Nesse sentido, observou-se um histórico de internações por consumo de substância psicoativa para oito mulheres (29,62%), em locais como Programa de Recuperação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista do Hospital da Polícia Militar (PRESTA/HPM), Projeto Associação Municipal Assistencial Itabirana (AMAI), antigo Hospital Adauto Botelho, hoje Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), CAPS AD e hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica de outro estado brasileiro.

Destacamos a utilização da rede de serviços pelas esferas municipais, estaduais e federais. Para a rede de saúde municipal, as 27 mulheres (100%) utilizaram serviços municipais como US/USF; 19 delas (70,37%) utilizaram o serviço de Pronto Atendimento da Praia do Suá ou de São Pedro; uma delas (3,70%) utilizou o serviço da Policlínica de São Pedro, outra (3,70%) utilizou o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); uma delas (3,70%) utilizou o Serviço de Atendimento à Vitima em Situação de Violência (SASV); uma mulher (3,70%) passou pelo acolhimento no CAPS da Ilha; sete mulheres (25,92%) utilizaram o Centro Municipal de Especialidades (CME); uma (3,70%) utilizou o CR DST/AIDS; duas delas (7,40%) chegaram ao CAPS AD (CPTT) mediante a intervenção do Consultório de Rua.

Quanto à rede municipal de assistência social, 10 mulheres (37,03%) utilizaram os serviços do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) para obtenção de Bolsa Família e Cesta Básica; uma (3,70%) utilizou os serviços do Centro de Atenção Dia (CAD); uma (3,70%) utilizou o Centro de Convivência da Terceira Idade; três mulheres (11,11%) recorreram à Hospedagem ou ao Abrigo Noturno; duas (7,40%) tiveram o contato com o serviço de Abordagem de Rua; uma (3,70%) utilizou o Centro de Referência da Juventude (CRJ); uma (3,70%) utilizou o Centro de Convivência I; duas mulheres (7,40%) utilizaram o serviço do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS/POP); e uma mulher (3,70%) se utilizou dos serviços do Centro

de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO/POP).

Quanto à rede de serviços ligada à Secretaria de Esportes do Município, tivemos três mulheres (11,11%) encaminhadas ao SOE para o trabalho físico na Academia Popular de seu bairro.

Quanto à rede de saúde estadual, o serviço do SAMU foi acessado por uma mulher (3,70%). O serviço da rede de educação estadual também foi acessado por uma mulher (3,70%). E a rede de Justiça acessou quatro mulheres (18,81%), para encaminhamento ao serviço do CAPS AD (CPTT), como resposta a processos judiciais em decorrência de ações cometidas e da situação da perda da guarda dos filhos.

Quanto à esfera federal, uma mulher (3,70%) se utilizou dos serviços do HUCAM. Uma organização não governamental (ONG), a Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), também foi acessada por uma mulher (3,70%).

O acesso à rede afirma a importância desses serviços para utilização da população e da interlocução desse cuidado em rede, principalmente para potencialização do cuidado da mulher no que cada serviço pode ofertar, não se sobrepondo tarefas nesse cuidado e não se cobrando do outro o serviço que não seja de sua competência.

Esse trabalho reafirma principalmente o que a PAIUAD preconiza: que o trabalho nessa temática deve acontecer de forma intersetorial e em rede (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011b).

7.3 ENTRE CHEIROS, AROMAS E VOZES DAS FLORES...

Nesta parte apresentaremos os resultados encontrados nos dados coletados no acompanhamento do Grupo de Mulheres,³¹ seguidos da nossa análise e discussão mediante os conceitos teóricos reichianos e neorreichianos, apoiados igualmente nos textos da PAIUAD e afins.

Iniciaremos pelos movimentos de expansão do cuidado de si e, em seguida, passaremos à exposição dos movimentos de contração, com respectivas análises e discussões do material. Os movimentos serão dispostos em subcategorias (Quadro 4).

| Categoria | Subcategoria |
|--------------------------------|---|
| Movimentos de expansão | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento • Defesa da vida • Inclusão e reinserção social • Papéis femininos |
| Movimentos de contração | <ul style="list-style-type: none"> • Exclusão social e familiar • Descrédito na mudança e no tratamento • Codependência • Vulnerabilidades e riscos |

Quadro 4 – Categorias temáticas e subcategorias do cuidado de si

Antecipadamente, justificamos o caráter extenso de alguns relatos das mulheres-flores. A licença poética que emerge da beleza de muitas narrativas abre espaço em meio à rigidez acadêmica. Porém, considerando nosso propósito de dar voz às mulheres, acreditamos ser profícua essa extensão, considerando a incipiência de estudos e pesquisas nesse campo. Apostamos que esses relatos possam lhes dar voz para compartilharem a dimensão do universo feminino nessa problemática, responsabilizando-nos pelo excesso.

³¹ Relatos verbais de Bonina e Brovárias não serão encontrados, pois participaram de forma silenciosa da pesquisa, acompanhando os relatos das outras mulheres. Bonina, por ser mais espectadora do que falante; Brovalias, por ter recentemente chegado ao serviço e estar medicada, portanto sonolenta. Porém decidimos manter os seus nomes na pesquisa.

Cada mulher-flor trouxe-nos tanto conteúdo-experiência-informação-conhecimento de suas histórias que acreditamos que neste momento não conseguiríamos fazer diferente, tomados que estamos por essa riqueza elucidativa de material em muitos aspectos desse universo, que auxiliará no campo das intervenções com as mulheres de forma geral, consideradas as suas singularidades de tempo, lugar e espaço.

7.3.1 Movimentos de Expansão no Cuidado de Si

Os movimentos de expansão para o cuidado de si relacionam-se às ações impressas pelas mulheres que as levam para posturas de autonomia e criticidade em relação ao consumo da substância psicoativa, na perspectiva da abstinência ou da RD.

Ao mesmo tempo, esses movimentos referem-se à forma como as mulheres organizam os outros setores da vida, como as relações afetivas, familiares e laborais, dentre outros, visando movimentos e viagens que permitam realizações em *grounding*, assim como viver a vida de forma mais alentadora, suavizada, protegidas de riscos e vulnerabilidades.

A seguir, destacaremos os movimentos de tratamento, defesa da vida, inserção e (re) inserção social e papéis femininos.

7.3.1.1 Tratamento

7.3.1.1.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Cuidado de Si

Considerando que a RAPS congrega diferentes pontos de atenção, e dada a sua importância no cuidado de si, decidimos iniciar por esse ponto. A efetividade da RAPS e de uma rede de serviços emergiu dos relatos das mulheres, destacando-se a diversidade na oferta do cuidado em diferentes

pontos de atenção: no acolhimento e no suporte à situação de crise na Atenção Básica; no CAPS AD (CPTT); no albergue; e na comunidade terapêutica.

Na Atenção Básica é digno de nota o relato de Bogarim sobre a potência desse ponto de atenção da RAPS, quando da acolhida/atendimento por médico atento e aberto à escuta dessa problemática: “[...] eu vim procurar ajuda. E o médico é um cara novo [...] achei que eu pudesse falar com ele, e ele me encaminhou pra cá [...]”.

O aceite de Bogarim do encaminhamento feito ao CAPS AD (CPTT) parece indicar a sua vinculação à US, e em particular, a referência e vínculo com esse profissional. E nessa vinculação, movimentos podem acontecer. Trocas, tratamento e principalmente cuidado.

Inferimos que nesse acolhimento aconteceu um contato repleto de útero quente e ressonância. Esse profissional não a julgou, não emitiu juízo de valor, mas a acolheu na sua dor e sofrimento, viabilizando o pedido de Bogarim.

É importante que os profissionais de saúde, dentre outros, trabalhem as suas limitações na saúde pública, mediante formação profissional contínua, para o trabalho com as ideias que fazemos do consumo de drogas e do cuidado em Saúde Mental, nessa temática. Essa importância reafirma-se, pois a temática muitas vezes se captura por viés inadequado, e ao contrário de acolhimento, verificam-se distanciamento e rechaça. Reafirma-se ainda a importância de os profissionais de saúde terem igualmente, na graduação, formação nessa temática como ferramenta para sua reeducação, considerando-se que esse processo não tem efeito imediato, mas pode suscitar mudanças significativas em longo prazo (SILVA, 2005).

O protagonismo da Atenção Básica ainda no acolhimento e suporte à crise, no território geográfico e existencial de Centáurea, merece ênfase:

[...] cheguei pra minha mãe e falei: [...] eu quero fumar um *crack*, me dá dez reais [...]. Pra você ver o desespero que eu tava. Eu tava tão dependente [...] daquela coisa [...]. ela falou, minha filha, pelo amor

de Deus, não deve sair de casa, trancou os portões. [...] Me senti numa prisão. Querendo usar, entrando em pânico. [...]. Ela foi no posto, espertamente [...] chamou a doutora [...] a médica [...] e pegou [...], tudo pam, tudo pam, tudo pam. E colocou tudo na mão dela e botou tudo na minha boca. E mandou a médica vir lá em casa, a psicóloga [...] lá em casa, conversar comigo [...]. Na hora. E a médica também veio. [...].

Essa mãe, a seu modo, adotou útero quente e ressonância. Embora com a adoção de “medida prisional” (trancar os portões), de caráter provisório, esse procedimento revela igualmente um expansivo e cuidadoso útero quente, de autorregulação, de caráter genital e de contenção para a filha não fugir e sumir, enquanto ia à US buscar ajuda. Sobressaem a ressonância e o *grounding* da US, para a mãe e para Centáurea, no acolhimento à situação de crise no território.

Esse relato parece evidenciar a efetividade do trabalho de apoio matricial que acontece desde 2006 no município de Vitória (VICTAL BASTOS, ROMANHOLI, 2010), reafirmando a importância da capacitação e formação contínua da Atenção Básica na atenção aos usuários de drogas para propiciar essa qualidade de cuidado no território e igualmente a vitalização de um trabalho potencializador tanto na Atenção Básica quanto no CAPS AD, viabilizando o cuidado adequado aos munícipes (BRASIL, 2003; 2011).

Quanto ao CAPS AD (CPTT), como um dos pontos da RAPS na atenção especializada, ressaltamos o relato de Centáurea que, apesar de desesperada, “enlouquecida no consumo”, teve um momento de lucidez no meio do caos em que se encontrava. Lembrou-se do serviço cuja referência não é só geográfica, mas afetiva também. Isso demonstra a importância da rede organizada e do recurso-referência, salientando a ressonância entre Centáurea e esse ponto da rede.

[...] desci do morro [...]. cheguei com as duas pedras. [...]. catastroficamente. Eu não aguentava mais. [...]. o corpo meu já não tava aguentando mais. [...]. Eu lembrei do CPTT na hora.[...]. Falei [...] tá aí? Ela³² veio ao meu encontro. Entra [...]. Aí eu falei [...] eu tô com isso aqui na minha mão. Usei tudo que tinha que usar. [...]. Faça o que você quiser fazer. [...].

³² Sua profissional de referência.

E mais uma vez foi acolhida, sem moralismos. As idas e vindas são aspectos inerentes a essa clínica, devendo o serviço estar ciente disso e não rechaçar os inúmeros retornos dos usuários. Cada chegada é única.

No caráter neurótico do consumo, uma brecha, mediante a dor e o desespero, foi aberta, afrouxando um pouco a couraça muscular enrijecida na relação de dependência. O consumo de Centáurea, dependente e em demasia, de certa forma favoreceu a “quebra momentânea de suas defesas” e o pedido de ajuda, com retorno ao serviço.

Sobressai a entrega da substância à profissional de referência, parecendo a solicitação, num ato transferencial-vincular, do elemento do seu consumo – a pedra – num pedido de *grounding* e útero quente.

A rede de serviços ou albergue (ou abrigo ou hospedagem noturna) é ligado à Secretaria de Assistência Social (SEMAS) do município de Vitória, como um dos serviços utilizados pelas mulheres para sustentabilidade do cuidado de si, conforme destacou Lavanda: “[...] a gente ficava no noturno e vinha pra cá durante o dia [...] isso ficou durante dois meses. [...] consegui montar minha casa de novo, consegui pegar meus filhos [...] mil maravilhas”.

A congregação do suporte do abrigo noturno e o cuidado diário no CAPS AD (CPTT) favoreceram Lavanda na reconstrução da vida, apontando para a efetividade do tratamento que pode ser exitoso, quando dotado da sustentabilidade para tal no campo das políticas e órgãos públicos, aliada ao desejo de mudança do usuário.

Contar com a interlocução de um serviço com essa característica é fundamental, pois o espaço de saúde não tem a responsabilidade de abarcar todas as necessidades dos usuários, afinal não é essa a finalidade do trabalho. Daí a relevância de um trabalho de cuidado em rede intra e intersetorial, conforme preconizam a PAIUAD (BRASIL, 2003) e a RAPS (BRASIL, 2011b).

Esse relato traz à tona a realidade de sujeitos que chegam aos espaços de saúde, sem moradia, e ao mesmo tempo, em tratamento. Esses usuários, bem como os outros serviços, muitas vezes pressionam os serviços de saúde para a “acolhida” nos leitos do serviço na qualidade de um CAPS III AD, em processo de legitimação de seu cadastramento.

Porém, os leitos de acolhimento noturno não podem se transformar em “abrigos ou albergues”, não sendo essa a função desse dispositivo no CAPS AD III. Sua tarefa é o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com, no mínimo, 8 (oito) e, no máximo, 12 (doze) leitos, para intervenções em situações de crise como abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades, tanto quanto repouso e/ou observação (BRASIL, 2010). Portanto, são prementes a efetividade da RAPS com as UAs (BRASIL, 2011b) e a viabilização da acolhida dessa demanda (lugares para dormir) noutros estabelecimentos e nas instituições públicas com essa responsabilidade.

Outro ponto da RAPS, a comunidade terapêutica, de orientação religiosa, foi indicado por Lilás, evidenciando sua passagem por um serviço desse gênero:

É, lá eles não te dão remédio, não te dão nada, lá o tratamento é a Igreja, é Bíblia, é Deus, você ora de manhã, ora na hora do almoço, ora de tarde, ora de noite, vai orando e vai pedindo, o tratamento ali é assim. Haja força de vontade [...]. Ajudou um pouco, mas igual a gente está falando, quando a carne pede...

Esse relato destaca a diversidade de serviços, enfatizando diferentes “modelos” e terapêuticas nessa atenção. Entretanto ressaltamos que a decisão de estar num serviço desse gênero ou de qualquer outro nessa atenção não deve ser um ato compulsório ou imposto.

Como afirma Olievenstein (1983; 1991b), numa relação de dependência não se pode pedir abstinência a quem só vê sentido na substância psicoativa. Isso é como pedir a morte desse sujeito, que só se vê unicamente na relação com a droga. Assim, o trabalho é justamente compreender a função da droga na vida do sujeito, que se sobrepõe aos demais sentidos dessa vida, para auxiliá-lo na

tarefa de cuidado na direção de ajuda para o encontro de novos sentidos e relações. A obrigatoriedade da abstinência reafirma fracassos para quem ainda não sustenta subjetivamente uma postura de não. Entretanto isso não significa clinicamente não dizer para esses sujeitos o quanto a abstinência é necessária de fato, em alguns períodos, tendo em vista as situações de danos e riscos em que se encontram.

Não dá para “colocar a carroça na frente dos bois”, diz o ditado popular. Pedir a abstinência antes é convocar esse sujeito a recaídas e retomadas da substância, pois não se produziu o deslocamento do sentido do uso para ele. Para nós, essa é uma perspectiva higienista, voltada a limpar o “equivoco”, quando não há “equivoco, erro ou acerto”. Trata-se antes da história desses sujeitos que, por diferentes fatores (vide o triângulo básico do consumo de drogas), estão nessa relação.

Embora a comunidade terapêutica seja ponto de atenção da RAPS, temos reservas quanto a essa atenção, contrapondo-nos a essa “qualidade de cuidado” por diversas questões. Primeiro, pela atribuição divino-religiosa ao fenômeno do consumo de substâncias psicoativas, desresponsabilizando o sujeito pela autonomia nas escolhas. Segundo, por operar na condução de atividades de laborterapias para a condução terapêutica dos usuários. Terceiro, pela ausência de cuidado, tratando a síndrome de abstinência da substância psicoativa de forma medicamentosa, já que compreende o fenômeno droga como divino-religioso.

A síndrome de abstinência de qualquer substância tem que ser monitorada e cuidada, por causa dos sintomas insuportáveis. No caso do álcool, por exemplo, têm-se alucinações visuais, auditivas e táteis, dentre outros desconfortos (OMS, 1993; APA, 2002). Nesse sentido, a medicação é um elemento terapêutico para diminuição desses sintomas, que favorece o apaziguamento, de forma a possibilitar intervenções e reflexões em seu cuidado.

Nesse sentido, o modelo religioso para o cuidado destaca as contradições teóricas e práticas para essa questão, cabendo o questionamento da eficácia de uma terapêutica cuja principal estratégia é a disciplina religiosa, pois essa abordagem aponta para um reducionismo teórico, indicando o desconhecimento de aspectos da história pessoal do sujeito. Além disso, do ponto de vista clínico, propõe a substituição da dependência da droga pela religiosa, nem sempre pedida pelo sujeito; e por último, por ser perigosa eticamente, podendo levar ao fanatismo, tal qual a dependência da substância psicoativa (CORDEIRO; GONÇALVES, 1988).

Para ilustrar nossas reservas e questionamentos à qualidade do “cuidado” às mulheres e demais usuários, destacamos um levantamento feito no Espírito Santo, em 268 comunidades terapêuticas no atendimento a dependentes de drogas. Esse trabalho evidenciou que essas comunidades funcionam sem fiscalização de órgãos governamentais nem de saúde, mas podem e devem receber fiscalização dos conselhos profissionais, embora recebam verbas públicas para funcionamento. Em contrapartida não são objeto de iniciativas de RD, tratamento e prevenção ao uso de álcool. Dessas 142 instituições, mais da metade vive sobretudo da venda dos produtos fabricados pelos internos, de doações diversas e de recursos públicos. Sem fiscalização, não se sabe se o trabalho dos internos é remunerado, ou se tal produção gera receita/retorno para as comunidades. 16,4% desses serviços estão na zona rural, a maioria em locais de difícil acesso, comumente sem iluminação pública, transporte público e acesso a serviços públicos, sobretudo os de saúde, ficando os internos muito afastados da comunidade e dos familiares (LEAL; SANTOS; JESUS, 2014).

A procura da rede de serviços por essas mulheres parece evidenciar o conceito de unidade funcional reichiano, no qual mente e corpo formam uma unidade indissolúvel, considerando as diferenças e singularidades de cada ponto de atenção da RAPS, pulsando essa rede na direção de uma integração positiva para o cuidado.

Evidencia-se e fortalece-se, portanto, o trabalho em rede na atenção ao uso de drogas e de apoio matricial prestado pelo CAPS AD (CPTT). Com isso, a RAPS articula-se com o conceito reichiano de saúde pulsando em diferentes polaridades, com um corpo-rede em atenção e cuidado vivazes. Nesse sentido, pode-se estar nas polaridades Atenção Básica, CAPS AD (CPTT) e emergência, dentre outras, sem fixação num dos pontos, seguindo na polaridade adequada ao cuidado, na singularidade necessária (ponto da rede), no momento propício. Quando necessário, estabelece-se o PTS em ressonância com esses pontos de atenção.

Portanto a rede não é algo fixo. É nômade, andante, construída mediante a singularidade do caso clínico. A rede interna (no próprio serviço) precisa de articulação e cumplicidade, e da rede externa (intersectorialidade). A efetividade e a eficácia da rede é a afirmação das diferenças e da potência da singularidade de cada serviço (TORRES, 2002ab) e não da pretensa homogeneidade proposta, aspecto da atualidade, num processo de desmonte de toda construção política materializada na reforma psiquiátrica brasileira, a reforma no campo da Saúde Mental (AMARANTE, 1994; 1996; 2007)

Sem que esses fios se enredem não há como resolver todas as questões que os sujeitos trazem num só espaço, sob a pena de se produzir estase nos espaços de tratamento. E esse é o caos que atualmente vivemos, com mais intensidade no campo da atenção e das políticas públicas para usuários de álcool e de outras drogas. Confunde-se espaço de tratamento com alojamento, entulhamento de gente. E isso contraria toda a ética da reforma psiquiátrica brasileira no campo da Saúde Mental, marco histórico em nosso país (AMARANTE, 1994; 1996; 2007), sobretudo porque essa reforma ainda se constrói a cada momento no trabalho cotidiano do âmbito da saúde.

Entre os entraves ao trabalho em rede, prevalece a “confusão” propiciada pelo debate do momento político atual nesse campo, que, atrelado a interesses financeiros, faz estase e engessa, por exemplo, os CAPSs, dotados de lógica conceitual de trabalho e de operacionalidade, com projeto ético e de cuidado em saúde. Os discursos de desvalorização e desqualificação desse dispositivo

de cuidado, ora apontam-o como ineficaz, ora comparam-o a outros serviços mediante critérios descabidos.

Buscam-se eficácia e números que necessariamente não condizem com o trabalho dos CAPSs, que preconiza o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e seus familiares, visando a promoção da vida comunitária e sua autonomia (BRASIL, 2002), bem como atendimento à população por diferentes ofertas terapêuticas, tendo em vista a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2013).

Sobretudo buscam-se resultados quantitativos, desconhecendo a lógica de funcionamento da clínica das toxicomanias, marcada por peculiaridades como evasões e dificuldades do usuário na vinculação ao serviço.

A diversidade dos serviços parece não poder comparecer e encontrar espaço. Entretanto, nessa atenção e cuidado, quanto mais diferença e diversidade tivermos, mais diversidade de intervenções teremos o acolhimento e tratamento de usuários de drogas (MASUR, 1984; NIDA, 2001) e, por conseguinte, a clínica ampliada nessa atenção e cuidado (BRASIL, 2003). Portanto, não cabem nessa atenção onipotência, hegemonia e valorização moral (melhor, pior), sobretudo porque cada sujeito toxicômano é singular, embora a dependência seja algo comum (OLIEVENSTEIN, 1983; 1991a; 1991b). Assim, é possível que os sujeitos busquem serviços diferentes. Alguns usuários adaptam-se ao CAPS AD, mas não à comunidade terapêutica, e vice-versa.

A reafirmação dessas diferenças de serviços e de mais serviços nessa atenção foi sinalizada pelo Relatório Mundial sobre Drogas, que destacou a discrepância entre os dispositivos de cuidados nessa atenção para os usuários, pois globalmente apenas um em cada seis dependentes de drogas teve acesso aos serviços de saúde ou recebeu tratamento a cada ano (UNODC, 2014).

Se mundialmente a tendência é essa, isso se repete no Brasil, nos níveis federal, estadual e municipal. No Espírito Santo, com população de 3.839.363

habitantes, distribuída em 78 municípios, temos somente cinco CAPS AD e nenhum CAPS AD 24 horas legitimamente cadastrado (BRASIL, 2014c).

7.3.1.1.2 Dispositivos Mobilizadores para o Cuidado de Si

O dispositivo mobilizador, nesta tese, refere-se às circunstâncias ou elementos que alavancam a tomada de decisão para procura de um serviço na área de atenção aos usuários de drogas. Constatamos, mediante os relatos das mulheres, diferentes situações que conduziram a esse caminho.

Situações do próprio espaço e lugar do consumo da substância psicoativa foram disparadoras para a procura do cuidado, conforme sinalizou Fricisia:

[...] da última vez que eu saí pra usar, gente, eu vi cada cena, coisas assim, absurdas. [...] eu encontrei com um senhor de idade [...] quase uns setenta e cinco e ele tinha dado câncer [...] e ele tem [...] aquele buraco pra poder respirar. [...] eu fiquei passada, eu não acreditei, ele preparou o cachimbo, colocou a pedra, ascendeu e pra ele fumar ele colocou o cachimbo assim, e puxou. [...]. Eu entrei em desespero, comecei a chorar [...] liguei pra minha mãe [...] eu quero ir embora, minha mãe: Minha filha, onde você está? Vem embora minha filha, eu tô te esperando.

Outro elemento mobilizador para o cuidado de si pode advir dos próprios filhos, quando suscitam nessas mulheres, também mães, a percepção da necessidade de se cuidarem, até para exercerem a maternidade, como destacou Centaúrea:

[...] eu olhei aquela carinha piquitica, assim, com os dois dentinho assim, pequenininho, e se vira! [...]. Olhei bem aquele rostinho [...]. Meu filho me deu um tapa na minha cara pra que eu pudesse [...]. Acordar. Ele tem dezessete anos. [...] eu tava usando vinte pedras por dia. [...]. E foi um momento [...] mais terrível da minha vida [...].

O entrelaçamento desses relatos reflete a mobilização para o tratamento ainda promovida pelo outro. Buscar o tratamento pelo próprio *grounding* representa uma “escolha” subjetiva e, sobretudo, analisar o que está entre a substância e o sujeito, para ampliação de novos sentidos na vida, além da substância (OLIEVEINSTEIN, 1983).

Nesse sentido, os espaços de trabalho com essa temática não devem banalizar essa forma de chegada das mulheres ou de qualquer outro usuário ao tratamento, e sim, valorizá-la. O trabalho é justamente o manejo terapêutico do “pelo outro”, “para si mesma”.

Situações assustadoras podem ser absolutamente potentes, como destacou Frícsia, ao se lembrar de suas referências, no caso, a mãe. Essa mãe fez a maternagem, a proteção da filha, deu-lhe *holding* (contenção) e *grounding*, num momento de desespero. Mãe-segurança, mãe-referência, mãe-ressonância de útero quente que dá colo e acolhe o desespero da filha, apesar de todas as suas repetições, como quem compreende que, naquele momento, era importante não questionar, somente proteger e acolher.

A retomada de si pode vir de diversas ocasiões, sem situação pró-forma para a iniciativa de cuidar-se. Não há modelo para a busca desse cuidado. Existem situações que podem ser dispositivos, disparadoras, e isso é que é fundamental. Se buscarmos a forma ideal do momento adequado do tratamento, podem-se perder muitas outras sinalizações sobre esse momento.

Esses relatos confirmam que as mulheres se dirigem ao tratamento de substâncias psicoativas mediante motivações externas, como o medo de perder os filhos, a imposição judicial e a preocupação com o olhar crítico do outro (COHEN *et al.* 2007; RIBEIRO, 2009).

Indicam igualmente a importância de valorização de saída do encorajamento da relação com a substância, principalmente diante das dificuldades e entraves para a chegada da mulher ao tratamento, como as perdas e estigmas sociais e a desvalorização do entorno (COHEN *et al.*, 2007; RIBEIRO, 2009). Seguem-se os problemas de saúde, quadros depressivos e grandes perdas psicossociais, como separação do marido, afastamento da família, perda de emprego (RIBEIRO, 2009).

7.3.1.1.3 A Chegada para o Cuidado de Si

A “chegada” ao tratamento é momento representativo da primeira vinda ou retorno ao serviço. Esse momento representa a mudança de posição do descuido para o cuidado de si ou a persistência na busca desse aspecto, repleta de sensações e sentimentos diversos, bem como a constatação do descuido em que se encontram. Além disso, destacaram-se, no momento de acolhimento, trocas e suporte entre as mulheres.

A chegada ao serviço é repleta de dúvida, sem muita sustentação ou *grounding* na decisão tomada, sinalizada por Miosótis: “É, já vim aqui pra passar uns dias, mas não terminei não. Passei uns dias, depois larguei. Mas agora eu tomei a decisão de ficar até o fim. Sabe, tá me dando desânimo de ficar aqui. Dá vontade de ir embora”.

Contar com o suporte das outras mulheres nesse momento é fundamental, pois conforme indicou Alamanda a Miosótis, “essa ponte nova que você tem que atravessar tem que esperar.” A chegada ao lugar de cuidado, por conseguinte, é uma travessia, e toda travessia no cuidado de si é lenta, principalmente para se reposicionar diante do descuido impresso a si mesmas.

O estigma social, o estereótipo e a vergonha como dificultadores dessa chegada ao tratamento, conforme destaca Brasiliano (2003), foram visitados por Alamanda, que, entretanto, na direção de sua autorregulação, caráter genital e potência orgástica, escolheu:

Porque escondido num podia ficar mais por causa daquela situação, por causa daquela feiúra. Aquilo tudo. Que dane-se. Eu vim procurar. Mas tem gente que não vem, não. Fica com vergonha do filho. Outras fica com vergonha de apresentar aqui no meio pra gente novo. Se começou de idade, vai lá. Por que tá velho? Ah, não. [...]. Se eu tivesse vergonha eu tava lá em [...]. Caixão e vela branca.

O sofrimento psíquico é determinante para o pedido de ajuda, conforme destaca Astromélias: “A tristeza, a agonia [...]. A gente vendo que tá indo pro fundo do poço”, ou também “A gente entra em depressão [...]”.

Esse relato reitera a constatação de Ribeiro (2009) quanto à busca de tratamento por mulheres, bem como o esforço para nele se manterem, sempre

desafiado por muitos problemas de saúde, quadros depressivos e grandes perdas psicossociais, como separação do marido, afastamento da família e perda de emprego. Além disso, a entrada no tratamento deve-se principalmente ao início precoce de complicações de saúde e psicossociais e/ou ainda por buscarem ajuda em função da severidade de seus problemas psiquiátricos, mais frequentes e graves que nos homens (HERNANDEZ-AVILA; ROUNSAVILLE; KRANZLER, 2004).

A chegada demarca, como relataram, a apropriação da condição do descuido que imprimiram a si mesmas por estarem destruídas, debilitadas, emagrecidas, com funções fisiológicas comprometidas e emocionalmente abaladas, conforme recordou Centáurea: “[...] você pegou essa fase minha. Vocês pegaram essa fase que ela está aí, vocês sabem a fase que ela está. Eu fiquei muito sonolenta, eu fiquei muito deprimida”.

Portanto, essa chegada é marcada pelo sono, pela medicação e noites não dormidas pelas ruelas, becos, cantos usando as substâncias. O dia seguinte chega. “A substância ainda comanda...”. O cuidado nesse momento é de valorização dessa chegada num contato do tipo útero quente, de ressonância e de *grounding*, não enrijecendo mais a couraça muscular e o caráter neurótico psicotrópico.

O sono é fundamental para estabilizar o ciclo circadiano, as rotinas alimentares e para pensar em si. É um momento de poucas exigências, mas de cuidado e de reparação, conforme sinalizam Zilberman (2003) e Brasiliano (2003). Trata-se de acolher, sem julgamentos, pois as mulheres passam muitas dificuldades até chegarem ao tratamento, como sentimentos de desespero, dor, vergonha, culpa e solidão, acompanhados da sensação de que não têm direito a essa procura, e de preconceitos, críticas, julgamentos e condenações sociais.

Nessa ocasião acolher significa ouvir a história da mulher, as suas vivências e levantar as possíveis comorbidades, para a construção de um PTS adequado (ZILBERMAN, 2003).

A chegada como momento de acolhimento e trocas é destacada na fala de Miosótis: “[...] ou você vai no CPTT ou você se cuida, você zela [...]”. Em seu *grounding*, de forma útero quente e em ressonância com a propriedade de boas vindas de quem ultrapassou essa linha de chegada, ela reitera: “Você procurou o lugar certo pra ficar boa”. E, para Miosótis, que chega à expectativa de um futuro de como quer ficar: “Eu não estou ainda como eu quero não, mas vou ficar” [...] Quem sabe daqui uma semana eu fico boa, eu voltar aqui, sentar e falar”.

Para quem chega, portanto, ver outra mulher lá instalada é uma ressonância, referência e *grounding* de que pode se “estabilizar” e ficar melhor, pois possivelmente chega em agitação, fissura, insônia, fome, sofrimento, e instigada. E quem já está também um *grounding*, vendo-se num filme de si mesmo, de um tempo passado próximo, recente, pelo que já vivenciou nessa chegada, e está dando conta e se fortalecendo, pode até mesmo ser solidário com quem chega.

Momento diverso, num só tempo, porém extremamente reconfortante para ambas, que faz lembrar os acordes de Milton Nascimento, como metáfora desse momento:

[...] Todos os dias é um vai e vem. A vida se repete na estação. Tem gente que chega. Pra ficar. Tem gente que vai. Pra nunca mais. Tem gente que vem. E quer voltar. Tem gente que vai e quer ficar. Tem gente que veio. Só olhar. Tem gente a sorrir. E a chorar. E assim, chegar. E partir. São só dois lados da mesma viagem. O trem que chega. É o mesmo trem da partida. A hora do encontro. É também despedida [...] (NASCIMENTO; BRANT, 1997).

Como uma luz no fim do túnel, para essas mulheres, a chegada ao tratamento é momento de invenção de novos sentidos para a vida e o cuidado de si, preenchidos até então somente pelas substâncias psicoativas. Inferimos, portanto, que essa é uma oportunidade de mediar interferências nas couraças musculares do caráter neurótico do consumo dessas substâncias, afrouxando-as para novas formas de circulação libidinal com elas próprias.

O cuidado de si num local de tratamento propicia o incremento de rotinas perdidas, esquecidas como as refeições. As oficinas terapêuticas, grupos e demais tarefas auxiliam, não como prisão, não como couraça muscular, mas como compasso para o viver, etapa de adequação de todos os humanos à cultura (RASCH, 2005).

Chegar, situar-se, negociar com a couraça-droga, para descongelar o caráter neurótico estabelecido na relação com a substância, em prol da circulação libidinal, potência orgástica e autorregulação. Para depois aprofundarem-se em si mesmas e permitirem-se a concretização do projeto terapêutico de cuidados com as diferentes ofertas terapêuticas propiciadas pelo CAPS AD.

7.3.1.1.4 As Ofertas Terapêuticas no Cuidado de Si

A oferta terapêutica será compreendida neste estudo como já descrito no item CAPS AD, ou seja, como conjunto de atividades da oferta para o cuidado dos usuários, podendo ser individual (consulta) ou grupal (grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas e assembleia, dentre outros).

Constatamos que as ofertas terapêuticas destacadas pelas mulheres eram o acolhimento noturno do serviço (propriedade específica de um CAPS AD III), o Grupo de Mulheres (oferta terapêutica singular e específica para as mulheres), a medicação e a avaliação positiva de estar sob cuidados nesse serviço.

7.3.1.1.4.1 Acolhimento Noturno

As mulheres que usufruíram dessa modalidade terapêutica no serviço a avaliaram positivamente para desintoxicação da substância psicoativa e o início de um envolvimento mais profundo no cuidado de si, conforme destacou Maravilha, fazendo lembrar Clarice Lispector: “Um dia de cada vez, que é pra não perder as boas surpresas da vida”:

Eu estava assim muito preocupada, porque [...] 14 dias,³³ eu tava achando muito pouco, fiquei pensando o que vai passar daqui a pouco né. A gente também não pode fugir da realidade né, o mundo lá fora está me esperando e eu tenho um monte de coisas pra resolver. [...]. Hoje não era pra eu estar aqui, era pra eu ter ido lá fazer minha carteirinha, mas uma coisa que eu estou aprendendo aqui dentro que é uma coisa de cada vez. Então primeiro eu tenho que estar bem, se eu parar aqui eu vou voltar a ter minhas recaídas e não vou poder ajudar meu filho [...]

A efetividade desse recurso no CAPS AD (CPTT), portanto, parece constatada por Maravilha, que valoriza o acolhimento noturno em permanência de 24 horas, a estada breve visando a desintoxicação, a atenção em situações de crise, risco e síndrome de abstinência, e, principalmente, o fato de esse recurso não se transformar numa hospitalização permanente e manicomial (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, é um lugar de passagem. Além da sustentação desse tempo de permanência, o desafio também reside na sustentação da continuidade do trabalho/tratamento em outra modalidade, como a intensiva, por exemplo. O que ocorre é que muitas vezes, conforme indicou Miosótis, não se suporta ficar, opta-se pela evasão, pela fuga, solicita-se alta a pedido, apesar do todo o cuidado da equipe profissional e atenta na ponderação da necessidade de ficar mais um pouco.

Um dos desafios apontados para o benefício do acolhimento noturno é não perder o foco principal, cuidar-se, sendo necessário dividir o espaço com outra mulher numa crise de abstinência da substância psicoativa, o que incita à mudança humoral, dentre outros sintomas (OMS, 1993), como sinalizou Alfazema:

Aí aconteceu essa briga e tudo mais [...] Ela me deixou tão mal com aquilo [...] ela tava muito fissurada, ela segurou no vidro de perfume.

³³ Esse prazo refere-se ao tempo de permanência no acolhimento noturno do CAPS III AD, segundo a portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010 (BRASIL, 2010), com a preocupação do CAPS de não se tornar local de hospitalidade/internação *ad infinitum*, numa lógica hospitalocêntrica e manicomial. A ideia que subjaz ao estabelecimento desse prazo é garantir o processo de desintoxicação fisiológica da substância psicoativa num local cercado de cuidados por 24 horas diariamente. É claro que esse é o critério burocrático formal, que, no entanto, não se deve sobrepor à avaliação ou necessidade psicossocial do usuário, admitindo-se uma breve extensão desse prazo, tendo em vista as condições clínicas do sujeito.

Ela falou que ela pegou aquele vidro de perfume várias vezes pra tomar. [...] eu falei, [...], você ainda tá com o vidro de perfume? Ela falou, tô, tá na minha bolsa. Falei, então me dá. Aí ela falou, não, não vou te dar. [...]. Daí começou. Você não manda em mim não, não sei o quê. Falei, não é questão de confiança, só quero que você me dê [...]. Por fim ela não deu, mas eu também não dormi legal. [...] aqui dentro você não pode usar desodorante [...] realmente [...] levar ali foi tenso [...].

Outro desafio foi compartilhado por Centáurea:

[...] a gente tem que se adaptar a quem tá no quarto da gente. Mas a gente não conhece quem está junto com a gente. [...]. Eu realmente fiquei apreensiva por causa dela. [...] Não tô suportando [...] não tô aguentando. Ela é muito agitada. [...] é que eu fico assim, a gente fica com medo [...]. Mesmo porque, muitos anos de tanta coisa, aí ela vai e me aparece no tratamento. Ela conseguiu o tratamento [...].

Como revelam os relatos, estar nessa modalidade é dispor-se à intimidade, às trocas com o desconhecido, o novo, o diferente, o que traz ansiedade e medo, mas também o exercício da confiança, sabendo que a única ligação no compartilhamento do espaço é ser mulher e usuária de drogas.

Merece destaque o relato de Centáurea, que, não obstante o medo, conseguiu solidarizar-se a outra mulher e acolhê-la. No início “ela conseguiu o tratamento também”. Portanto, estar nessa modalidade é, sobretudo, dispor-se ao cuidado de si e negociar com as diferenças.

Essa modalidade como espaço de cuidado integral, segundo os princípios norteadores da reforma psiquiátrica, tendo os CAPS como dispositivos capazes de acolhimento em situações de crise e suporte, evitando as internações hospitalares (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010), foi reconhecida por Centáurea:

Eu cheguei aqui ao ponto de não dormir durante dois dias com medicações mais fortes, mais fortes e mais fortes. [...] entrei em... [...] curtos, falando... conversando conversas alepsas, de tanta pedra. [...] tomava a medicação e conversava sozinha [...] foi um trabalho muito difícil, durante uns três, quatro dias, que eu não conseguia dormir. Ela tava aqui, foi minha companheira fiel [...]. tinha medo de eu cair [...] uma vez eu caí da cama. Fiz xixi, aí, a enfermeira veio, fiz xixi em tudo em cima dela, o banho, eu não sabia que tinha tomado banho. [...]. foi muito delicado. Esse tratamento foi o pior dos piores tratamentos que eu fiz aqui. Da segunda internação, foi a pior. [...]. Pior porque eu cheguei ao ponto de ter usado tanto [...] aí me deparar com a pessoa, eu precisar de pessoa pra me levar pro banheiro. Eu me mijar todinha.[...]. eu precisei tanto, que eu mais precisei, tinha a equipe que tava ali [...].

Centáurea parece indicar e evidenciar que estar sob cuidados é atravessar a porta, a ponte, e ter uma equipe de cuidados e acolhida útero quente e em ressonância pode propiciar um cuidado ampliador da vida e zelo, respeitoso e sem moralismos. É despir-se de suas vergonhas e “estar nu”, literalmente, para alguém, no caso, os profissionais, que faz o que o próprio sujeito não está conseguindo fazer por si, estabelecendo um *grounding* de maternagem para a limpeza de necessidades fisiológicas desajustadas em decorrência da franca utilização da substância psicoativa (nesse caso, o *crack*).

As rivalidades femininas também se explicitam no cuidado e no acolhimento noturno, indicando a peste emocional no tratamento, segundo o comentário de Glícinia:

Essa mulher que entrou aí. [...] ela bateu o olho em você e falou: não pode ser, ela não pode estar melhor do que eu. [...] Mas eu senti um pouco nessa mulher, que ela estava com um pouco de inveja, porque eu acho que ela te viu magrinha e agora ela te viu desse jeito.

Engordar no espaço de cuidado parece um valor positivo, contrariamente ao padrão hegemônico de beleza feminina do mundo atual (magro), significando a recuperação dos quilos perdidos durante o consumo da substância psicoativa.

Compartilhamos algumas reflexões sobre o acolhimento noturno e a permanência 24 horas como oferta terapêutica do CAPS AD (CPTT). Esse espaço dispõe de cinco leitos para homens e três para mulheres (VITÓRIA, 2011), proporção que parece indicar “favorecimento” dos homens. Os documentos institucionais pesquisados não esclarecem o motivo desse desequilíbrio. Considerando que o serviço precisou “adequar-se” para ampliação na modalidade CAPS AD III, inferimos que essa diferença de leitos explica-se pela disponibilidade do espaço físico para reforma.

Todavia essa desproporção de leitos parece ainda evidenciar os aspectos históricos da negação do consumo de drogas por mulheres, os preconceitos e estigmas sociais, atrelados à menor ocorrência do consumo de substâncias psicoativas pelas mulheres, ocasionando limitações para a compreensão da

dependência de mulheres e das complicações clínicas desse processo para a saúde (BLUME, 1986; ANTHONY; HELZER, 1991; KESSLER *et al.*, 1994; BRIENZA; STEIN, 2002; PASSEY *et al.*, 2007).

Repetem-se, portanto, nesse serviço, os aspectos históricos da atenção às mulheres, desconsiderando-se as singularidades das mulheres do município nessa atenção. Afinal, elas estão chegando aos serviços de saúde, e como demonstra este estudo, no CAPS AD (CPTT) tivemos a representação de mulheres de todas as regiões de saúde do Município de Vitória. Esses dados indicam a necessidade de um melhor olhar para o problema, instalando-se terapêuticas de cuidados singulares para as mulheres nesse serviço, além do Grupo de Mulheres já existente e dos três leitos femininos para o acolhimento noturno.

7.3.1.1.4.2 A Singularidade na Oferta Terapêutica: o Grupo de Mulheres

Constatamos que o Grupo de Mulheres recebeu valoração positiva das participantes do estudo, expressando o que não poderia ser manifesto nos espaços das outras ofertas terapêuticas no serviço, nem por elas nem por seus familiares. Diferentes atribuições foram dadas a esse espaço: como singularidade na oferta, *grounding*, expressividade para recaídas, fissuras, sentimentos e emoções encouraçadas, perdas afetivas, envelhecimento e morte, comorbidades, situações de violência e abuso sexual, relações simbióticas, reflexões sobre o consumo da substância psicoativa e agitação.

A garantia desse espaço institucional como terapêutica específica encontrou ressonância nas mulheres, que o reconheceram como tal, segundo declarou Fricisia:

Eu peguei 10 reais na bolsa na minha mãe e acabei saindo pra usar [...]. naquilo que eu tava usando [...] olhei para os quatros cantos [...] me bateu aquela tristeza, aquele negócio, poxa o que que eu tô fazendo? [...]. eu estava segurando isso [...]. ontem eu vim e fiquei

doida pra mim falar. Só que eu aí lembrei que hoje era a reunião³⁴ das mulheres [...]. eu pensei: eu prefiro desabafar só com a gente mesmo. Eu fiquei mais aliviada. [...].

Anêmona vê esse espaço como lugar de *grounding*:

[...] porque esse é um grupo que foi um apoio, independente do meu problema com o *crack* [...] porque hoje eu não estou [...] suportando. [...] não ter a força [...] pra tentar me matar. [...]. Mas ele dá certo [...] tanto dá certo que eu vim do jeito que eu tô. Porque se não desse eu não voltaria aqui não [...]. Mas é um grupo muito bom, ajuda muito [...] se eu fosse pra uma igreja não ia adiantar [...] mas ele levanta pessoas, pessoas capazes de ajudar a gente e são elas que a gente tem que procurar.

O relato de Frícsia e de Anêmona afirmam a potência, a importância e a singularidade dessa oferta terapêutica para mulheres, entre as demais atividades terapêuticas ofertadas no serviço, reiterando o que destacam Brasileiro (2003) e Wolle e Zilberman (2011) quanto à importância da exclusividade de atividades terapêuticas para as mulheres no tratamento, considerando as especificidades femininas não somente fisiológicas, mas emocionais e existenciais, entre outras.

Esses relatos igualmente coadunam com um estudo norte-americano que evidenciou que mulheres são mais propensas a falar de problemas psicossociais relevantes em um grupo só de mulheres. O conteúdo específico do grupo focado nas mulheres, combinado com o maior conforto em discutir aspectos íntimos relevantes para prevenção de recaída num contexto de sexo único, pode ter contribuído para melhorias sustentáveis e contínuas constatadas neste trabalho. Além da discussão mais aberta e confortável, observaram-se maior compreensão e aceitação no grupo apenas de mulheres, e o grupo ainda ajudou a perceber os disparadores do consumo da substância psicoativa relacionados a aspectos específicos de mulheres (GREENFIEL, *et al.*, 2007).

Conforme sinalizam Ribeiro (2009), Brasileiro (2003) Zilberman (2003), Hochgraf (1995) e Wolle e Zilberman (2011), a especificidade proporciona à

³⁴ Referência ao Grupo de Mulheres. Algumas mulheres denominam esse espaço como reunião de mulheres.

mulher a percepção de ser cuidada de fato na sua singularidade feminina, o que favorece a sua vinculação ao tratamento/cuidado, pois se sente acolhida, ouvida, escutada na sua dor e necessidade, sem julgamentos de valor.

E assim pode falar das recaídas, como Maravilha: “[...] eu tive uma recaída feia em dois dias seguidos. Passei anteontem passando mal e ontem também, não estou conseguindo me alimentar... Então eu estou tipo assim, tentando não entrar em desespero [...]”. Ou da fissura, como indica Medilinas: “[...] é uma coisa assim, eu necessito, eu preciso”. Ou então conforme compartilhou Alfazema:

[...] aí ligou a irmã da minha [...] que é alcoólatra, mas não é. [...] começou a embolar a língua [...] nisso dela assim alterada, já foi me dando nervoso, já foi me dando fissura. [...] eu já tava assim suando, esfregando as mãos, daquele jeito. [...]. A testa, coça a cabeça, parece que tem mil piolhos fazendo festa [...]. E eu não conseguia ficar quieta [...] estava naquela aflição, aquela coisa, eu vou eu não vou. Aí eu fiquei pensando, eu não vou naquele velho,³⁵ eu não vou naquele velho. [...]. Aí eu lembrei, não vou ceder, aí eu comecei a orar, orar, orar, aí quando fui ficando mais quieta [...] Aí eu falei: não, vou tomar minha medicação, continuei orando, orando, aí foi passando, passando [...].

Alfazema mencionou o grupo como propiciador de expressões de marcas afetivo-emocionais antigas, feridas profundas que se encontravam em estase, em couraça muscular, favorecendo a saúde, a curva orgástica e a retomada da circulação libidinal, em direção ao caráter genital:

[...] fizemos todo um processo de despedida [...] eu escrevi uma carta me despedindo dele³⁶ mesmo [...] dentro dessa caixinha eu coloquei essa carta [...], coloquei todos os objetos na mesa [...] cada um tinha uma história [...] coloquei na caixinha e não toquei, não consegui me desfazer. [...]. e nós³⁷ fomos à beira do mar [...] joguei a caixa, e rasguei a carta e joguei também. [...] me deu uma febre assim, fora do normal. [...] continuei com aquele nó na garganta, aquela vontade de chorar, eu queria chorar, mas não conseguia chorar. E quando eu cheguei em casa eu desabei, abri a torneira mesmo, chorei, chorei, chorei. [...]. Fiquei uns dias com isso, como eu disse, eu sonhei. [...]

³⁵ Referindo-se ao dono do bar perto de sua casa, para comprar bebida alcoólica.

³⁶ Reportando-se a uma pessoa com a qual se relacionou amorosamente e iria se casar, o que não aconteceu em decorrência do falecimento dessa pessoa.

³⁷ Ela e a psicóloga que a atendia individualmente no serviço.

fiquei uns dias mal [...] Não arrependida, assim dolorida né, mas arrependida não. [...] passados uns dias, eu senti um alívio tão grande, mas tão grande, [...] foi realmente uma despedida mesmo, sabe? Não senti dor, lembrei de muitas coisas, procurei lembrar de muitos momentos bons, que foram muitos. [...] me deu um alívio tão grande [...] rompi o elo [...].

Conforme evidenciou nos relatos grupais, depois desse trabalho, Alfazerna conseguiu respirar novos fluxos, deixar entrar novos espaços, como um Natal em família, que não aproveitava havia muito tempo.

Outras marcas emocionais em estase ganharam expressão no Grupo de Mulheres, na voz de Amamélis, quando se lembrou de sua rejeição, ainda bebê, aos seis meses de idade, numa experiência de nenhuma ressonância, mas de útero frio, marcada e sofrida com a fala tardia que reaviva, 37 anos depois, questões familiares antigas não ditas:

[...] o sentimento que eu senti foi o mesmo que há 37 anos [...]. eu fiquei dentro de casa sozinha chorando de soluçar igual criança, chorando de soluçar, porque eu não queria que tivesse acontecido aquela briga,³⁸ entendeu? E aí, todo mundo foi pra cima dela,³⁹ aí aquele negócio, de rejeição, veio e voltou tudo de novo naquela hora, porque eu fiquei sozinha dentro de casa chorando [...].

Essa “rejeição” pode representar a conexão com o uso da substância psicoativa, uma vez que usuárias de drogas têm, no histórico de vida, mães que as abandonaram (AQUINO, 1997; PONCZEC, 1997).

Perda do casamento, em decorrência do consumo de drogas, e do *grounding* financeiro desse enlace destacou-se no espaço do Grupo de Mulheres, no relato de Alamanda:

E a saudade do casamento [...] Por causa da droga,⁴⁰ e algum homem vai querer mulher drogada, doutora? Num é doido. [...]. Eu lamento ter perdido esse casamento, não por amor, pela situação. E lamento, por exemplo, a minha casa não faltava nada, minha geladeira sempre cheia, tudo no mermo jeito.

³⁸ Uma briga entre ela (a filha adotiva) e a irmã.

³⁹ A irmã.

⁴⁰ Informando o motivo da finalização do casamento.

O grupo foi enfatizado como espaço de expressão de temáticas como envelhecimento e morte, demonstrando a diversidade de temas produzidos pelo Grupo de Mulheres, que se ampliam para outros setores da vida. Anis trouxe os seguintes aspectos:

[...] num ligo não, esquento a cabeça não, porque eu já tô no caminho de sessenta ano, uai. Se eu [...] morrer hoje, nossa, pra mim é [...] divino. [...] Num é morrer⁴¹, é fica em cima da cama precisando dos outro. Porque [...] quem bebe cachaça, só termina em cima da cama. [...]. De fralda, tendo que o povo limpa a bunda [...] da pessoa, precisando de todo mundo. [...].

A finitude como possibilidade de encerrar o mal-estar com que não se consegue lidar em vida. Ou ater-se ao envelhecimento que chega (afinal, Anis, que traz o tema morte, está com 60 anos, frisa ela), e com isso, à relação direta entre envelhecimento e morte. O espaço de tratamento permeado por diferentes ofertas terapêuticas e especificamente o Grupo de Mulheres permitem até mesmo externar fantasmas existenciais.

Nesse fragmento de Anis uma preocupação se estende ao relato de Variegada. O grupo de mulheres igualmente propicia a expressão de aspectos de comorbidade, como compartilhou Variegada:

[...] fui pro terraço da minha casa [...] meu cigarro caiu no chão, fui acender [...] eu caí. Quando eu acordei eu tava entubada, toda machucada. [...]. Já tinha passado 4 dias. [...] E eu tava de resguardo ainda. Aí depois de um tempão eu comecei a passar a ouvir vozes, não sei foi o *crack* ou se afetou alguma coisa no meu cérebro.

Se Anis, pelas inúmeras experiências, parece indicar cansaço da vida, apontando para a depressão, esse aspecto tem que ser decifrado nessas entrelinhas de morte como descanso, finitude de fato, ou como desistência da vida, ponderando especificamente sobre a singularidade da história dessa mulher.

Ao mesmo tempo o relato de Anis pode indicar uma comorbidade associada à temática do alcoolismo, assim como o relato de Variegada pode indicar

⁴¹ Referindo-se ao temor de ficar viva e dependente dos outros.

comorbidade associada a algum transtorno mental. Por isso, Chander e McCaul (2003) destacam a importância da observação clínica da comorbidade entre os transtornos psiquiátricos e o uso de substâncias psicoativas, principalmente por mulheres. Esses autores destacam que mulheres com transtornos afetivos e de ansiedade são mais suscetíveis ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas, propensas a sofrer de depressão clinicamente significativa e de ansiedade. Novas evidências apontam para o papel etiológico dos transtornos de ansiedade no desenvolvimento de uso nocivo e dependência, porém não há evidências etiológicas para o transtorno depressivo maior. Embora a farmacoterapia para transtornos afetivos ou de ansiedade seja útil para melhorar os sintomas psiquiátricos, são necessárias ainda muitas pesquisas para melhorar a eficácia dos resultados do consumo de álcool e de outras drogas.

Nesse sentido, a observação clínica de qualquer comorbidade associada à problemática do consumo das substâncias psicoativas leva, principalmente, para condução do PTS, que se adapte a essas necessidades femininas, dentre outras (BRASILIANO, 2003).

O grupo traz à tona as marcas de vida, como a violência e o abuso sexual, segundo contou Saudade:

[...] eu fui bulinada pelo meu primo lá no [...], ele me botava na cacunda e me estuprou sem eu saber, que eu estava sendo estuprada com o dedo, ele me botava na cacunda e por trás ele ficava mexendo em mim né, e eu sentindo aquela dor né, eu tinha o que, eu tinha sete anos, seis, sete anos. O homem que morou com a minha mãe [...] chegava de madrugada, minha mãe dormindo, ela dormia na beira, meu irmão no meio e eu no canto, ele chegava, ele queria dormir mãe na beira [...] no meio e ele lá perto de mim pra poder ficar me alisando. Isso daí eu já era mocinha.

Esse relato parece evidenciar que alguns dos principais motivos do consumo de substâncias psicoativas por mulheres são sentimentos de depressão e consequências de abusos sofridos na infância. Daí a importância de os espaços de tratamento e cuidados atentarem para a vivência das usuárias de drogas, como a vitimização, a maternidade, o funcionamento psíquico e a criminalidade (KNIGHT *et al.*, 1999).

Além disso, esse relato anterior de Saudade, considerando-o como uma situação traumática da infância, remete ainda à comorbidade quando Chander e McCaul (2003) situam que o *stress* pós-traumático (TEPT) parece particularmente importante para a dependência de álcool e de drogas em mulheres que sofreram na infância ou na vida adulta abuso físico e/ou sexual.

As histórias de abandono e vitimização parecem indicar vivências de muitas faltas, ausências de contenção, proteção e suporte, sem terem sido objetos do amor dos pais. A droga, nesse sentido, suprime essa ausência, na tentativa da necessidade de inventar recursos e repertórios, suprimindo essa ausência/falta, sem necessitar do “outro” que pode perpetuar o abandono, causando-lhe demasiado sofrimento (AQUINO, 1997).

O grupo proporcionou também a expressão de relações simbióticas que confiscam a circulação libidinal, como compartilhou Anêmona:

[...] eu tô aqui, mas eu estou preocupada com ele⁴² lá fora, não sei se ele está. [...] Quem tem que cuidar dele é ele né... Mas eu vou me sentir muito mal se eu tiver que levar meu tratamento a sério e ele estiver me apunhalando pelas costas. [...] Se ele tiver lá usando. [...]. Porque eu vou te falar uma coisa, as coisas do lado dele pra mim tem sido muito mais difícil do que se eu estivesse sozinha.

O espaço grupal favoreceu reflexões sobre o consumo das substâncias psicoativas, conforme destacou Anêmona:

Pra todo mundo, Deus deu a mesma capacidade. Ele nunca deu mais capacidade a um que a outro, só que um correu atrás da oportunidade e outros fugiram, e outros como eu, preferiram não fazer nada. [...]. Poxa, toda a oportunidade que ele podia me dar, eu tive uma boa infância, uma boa juventude, boa família, tudo de bom e preferi estar do lado do que não me cabia.

Reflexões compartilhadas por Astromélias:

Mas não é só a gente que fuma não tá, tem gente grandão também que fuma. [...]. Velho, coroa [...] Já fumei com oficial de justiça, já fumei com filho de juiz, já fumei com filho de delegado, filho de advogado... Eles fumam mais do que a gente, que não tem

⁴² Referindo-se ao companheiro também usuário de drogas e em tratamento, no serviço.

condições. [...]. Às vezes chama a gente não é nem pra fazer programa, é pra fazer companhia pra eles.

Astromélias nota a complexidade do fenômeno do consumo de drogas na sociedade, compreendendo diferentes campos da vida, e mais, que a droga não tem classe social, desmentindo o clichê que atribui o uso de drogas à classe social menos favorecida. Usam-se drogas, de forma recreativa, ocasional, nociva ou dependente e independente de condição social. O uso da droga é condição histórica da humanidade. Entretanto, cada momento histórico produz determinada maneira de utilização dessas substâncias (TOUTUGUI, 1998; BUCHER, 1998).

O espaço grupal evidenciado como lugar de compartilhar a agitação sentida em seu corpo, parece permitir a expressão do impedimento da realização completa da curva orgástica, gerando mal-estar, conforme indicou Anêmona:

Não consigo parar [...] a minha pele, treme, a minha mão fica nervosa, dá vontade de ficar andando. [...] Eu acho que tô com algum distúrbio, assim nervoso, lá dentro, que tá me deixando inquieta, é alguma coisa. [...] não é vontade, não é abstinência, nada disso eu sinto. Eu só estou me sentindo muito agitada, elétrica, parece que eu tomei um choque de duzentos e vinte [...]. A droga em mim agora, ela tá causando um efeito que não causava antes. [...]. Porque antes eu ficava tranqüila, agora eu já estou ficando agressiva, agitada, já mudou a fase, que a gente tem a fase do macaco, que a gente faz graça pro povo, a do leão, eu tô na fase do leão, eu tô mudando e Arrghhh (rugido), ficando agressiva, e eu acho que essa agitação, também pode ser efeito disso aí que eu falei, de usar [...] entendeu que coisa, não para, eu tô muito agitada, eu preciso de alguma coisa que me desagite [...]. Esses dias eu fui correr em [...] pra segurar minha ansiedade, corri até o [...] e voltei correndo pela areia. [...] meu negócio é caminhar, tenho que andar, andar, andar [...] aí parece que vai esvaziando [...].

Segundo Reich (1986; 2001) e Lowen (1982), todo corpo é um sistema energético e precisa de carga e descarga. Lowen (1982) sinaliza que o corpo é tal qual um sistema elétrico: a carga em demasia produz curto-circuito. Já a baixa carga ou descarga em demasia não produz movimento. Sem descarga há desconexão e a carga fica na cabeça, como no relato de Anêmona, ou seja, nos níveis superiores do corpo, circulando à procura de expressão. Por isso ela anda sem parar e não obtém descanso.

Anêmona parece necessitar de algo que a “desagite”. O desafio é levá-la à compreensão do seu *grounding*, o seu eixo para não se perder nessa (re) organização, mas ao mesmo tempo perfazer a curva orgástica, ou seja, fazer todo o desenho da curva orgástica passar pela tensão-carga-descarga-relaxamento, para se desagitar, para se harmonizar. Decerto o uso da droga produz mecanismos que também levam a essa agitação.

Entretanto, o que Anêmona parece enunciar é o cansaço de permanecer nessa tensão-carga, tensão-carga, sem descarga-relaxamento, emaranhando-se em ansiedades e fissuras.

Quando se está na tensão-carga, não ocorrem a descarga e o relaxamento, o que resulta nesse estado de não suportar a tensão e a carga (ilustrados aqui por ansiedade, agressividade). Não se favorecem situações e atividades propiciadoras da descarga adequada a esse “fluxo” intempestivo contido, o relaxamento não acontece, e daí o sujeito não pode entrar na suavidade facilitadora da crítica e no contato consigo, até mesmo para decidir se quer ou não fazer o uso da substância psicoativa.

Por isso, o impulso de correr, fazer algo para “segurar” a ansiedade, quando o que se busca de verdade é o caminho “adequado” dessa força, num processo de autorregulação que não ocorre. O caminhar parece ser o trabalho corporal energético que a esvazia e suaviza. Porém, é preciso elaborar isso num certo nível emocional que produza aquietação e conduza a vida de forma produtiva e não destrutiva, como fazia ao usar o *crack*. Se essa elaboração não ganha corpo, o uso da droga é uma possibilidade, acalmando-a inicialmente para, em seguida novamente a acelerar.

Outro aspecto a ser salientado é o comprometimento neurológico, uma vez que o *crack* age no SNC, diretamente nos neurônios, bloqueando os neurotransmissores dopamina e noradrenalina, situando a droga por mais tempo na fenda sináptica local de comunicação neuronal. Esses neurotransmissores são excitatórios, e o resultado é a estimulação do SNC, com sensações de euforia, ansiedade e estado de alerta, dentre outros. A

superestimulação das atividades motoras e sensoriais acarreta o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, ensejando convulsão, infarto e derrame cerebral. O *crack* é distribuído pelo organismo pela circulação sanguínea e metabolizado no fígado. A excreção da droga ocorre principalmente pelo sistema urinário (CEBRID, 2002; TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

Por outro lado, essa “agitação” pode representar viver nos tempos contemporâneos e no mundo da hipervelocidade (CHARLES; LIPOVETSKY; VILELA, 2004), cuja marcha imperativa produz sujeitos cada vez mais sem sentido e sem contato. Os problemas começam quando se limita a vida a essa aceleração, sem parar, e principalmente quando essa aceleração não cria outras formas de existência, levando à busca de viagens de loucura, prazer, vazio, pânico e depressão.

Observamos que os relatos trazidos pelas participantes sobre a especificidade de um grupo somente para mulheres coadunam-se com o estudo de Ribeiro (2009), que identificou o incômodo das mulheres com o grupo misto e menos focado em seus interesses, afirmando que o grupo homogêneo, com constância de participantes, é mais acolhedor, em ressonância e útero quente, deixando as mulheres à vontade para expor pensamentos e dificuldades.

Considerando a diversidade de ofertas terapêuticas no CAPS AD (CPTT), as mulheres falaram da medicação como parte do processo de cuidado de si.

7.3.1.1.4.3 “Remedinho”⁴³ e Medicação

A medicação foi destacada pelas mulheres como elemento aliado do cuidado de si, com valoração positiva e diferentes atribuições, modificando um estado perceptivo de si, induzindo ao sono e promovendo reparação neural. A

⁴³ Expressão utilizada por Alamanda para indicar a medicação.

combinação de medicação com as substâncias psicoativas e as interferências na condição feminina do orgasmo também foram destacadas.

A atuação lenta, mas eficaz da medicação na modificação do estado perceptivo de si, foi notada por Alamanda: “Esse remédio que essa doutora falou e pensa que não é nada, mas é muita coisa. É remedinho... A cabeça da gente vai mudando e aos poucos, não é logo, não. Viu?”.

O benefício da medicação como indutora do sono foi destacada por Fricisia: “Porque o negócio é quando você deita na cama, porque aí você tá na vontade e parece que o sono não vem [...]. já tomando o remédio não [...] aí eu como, eu tomo o remédio, janto e aí no tempo que eu janto já vai batendo a sonolência [...]”.

A propriedade de reparação cerebral da medicação foi indicada por Alamanda:

Os neurônio [...] nós temos o que chama juízo. [...] tem um monte de tripa na cabeça. Então, tem aquela do pensamento, tem aquela do juízo, tem aquela da vista, tem aquela do outro olho, e tem a do nariz. É tudo aqui em cima [...]. Então, a tripa do alcoólatra [...] ele tá viciado [...] pode passar oito dias, quinze dias, mas ele nunca, ele nunca se esquece do álcool. Porque o álcool é poderoso. [...]. Esse neurônio, é, é o que nós estamos fazendo aqui, é tratando esse neurônio que ele está defeituoso. [...] o meu, num sei se já estão bom. Mas o seu num tá bom, várias pessoas que tão aqui fazendo tratamento [...] precisa de usar remédio [...].

Afirma-se, portanto, a medicação como aliada na reparação dos prejuízos do consumo da substância psicoativa. Porém destacamos que o trabalho do CAPS, na atenção psicossocial, é amplo e não se reduz à medicação. A dimensão psicossocial dessa atenção merece ênfase, pois se atrela ao conceito amplo de saúde, no qual existem diferentes determinantes (biológicos, afetivos, sociais, financeiros, dentre outros) para a produção do processo saúde-doença (BRASIL, 1990a). Caso contrário apenas se substitui uma substância psicoativa por outra (medicação), sem as reflexões fundamentais nesse campo complexo do consumo dessas substâncias, que congregam diferentes interfaces (saúde, justiça, social, política, narcotráfico, dentre outras).

A medicação é necessária para o trato da síndrome de abstinência de qualquer substância psicoativa, não havendo necessidade de se passar pelo sofrimento gerado por essas crises. Isso demarca a importância de estar num estabelecimento público, cercado pela diretriz de uma política pública nessa atenção (BRASIL, 2003), com farmacologia adequada e utilização de medicamentos alentadores.

A ausência de alguns medicamentos no CAPS AD (CPTT) foi destacada, reportando-se entraves a essa terapêutica no processo de cuidado de si, conforme Campânula salientou: “[...] tem um remédio de ansiedade que não tem e eu tenho que comprar [...]. É o amargo [...]. Aqui não tem não, dele não. Tem que comprar”.

Portanto alguns medicamentos não são encontrados, o que leva à necessidade de repensar as políticas públicas nas ofertas, considerando o hiato entre a produção de novos medicamentos nessa área e a sua indisponibilidade na rede pública. Daí a indicação da médica, com anuência da paciente, de procurar alhures o remédio.

Maravilha faz uma reflexão intermediária sobre o uso das medicações: “Porque o remédio, apesar de ser uma droga, mas antes usar essa droga do que viver do jeito que eu vivia antes [...]”.

A interferência da medicação no orgasmo feminino é recebida com diferentes compreensões. Anêmona indicou que “esses remédios atrapalham na hora do orgasmo, pelo amor de Deus? (risos). Meu Deus, eu tô falando sério, em mim atrapalha, em vocês não atrapalha não? [...]. Gente, eu não consegui chegar lá ainda”. Medinilas não sofre essa consequência: “Eu não, ele faz carinho, ele me beija, ele me abraça”.

A combinação da medicação com a substância psicoativa foi destacada por Anis:

Tomo [...] hoje à noite, aí no outro dia eu bebo. [...]. Tem dia que eu chego e bebo o [...]. Eu pra mim dormi tem que toma dois, tamém. [...]. Mas quando eu chego e ainda tô [...] com a minha mente ainda... quando eu chego dentro de casa que eu vejo que... eu tomo um, aí inveis de tomar um eu tomo dois. [...].

A combinação do álcool com outras drogas como cocaína, tranqüilizantes, barbituratos e anti-histamínicos pode levar ao aumento do efeito e até mesmo à morte (UNIFESP, 2014). A medicação é uma aliada no cuidado, desde que ministrada de forma monitorada, sem excessos, mas sabemos que, muitas vezes, os usuários se utilizam de forma exacerbada da medicação prescrita, automedicando-se, conforme indicou Anis.

No conjunto de todas essas ofertas terapêuticas, as mulheres vão construindo um significado do que é estar sob os cuidados no CAPS AD (CPTT), conforme salientamos a seguir.

7.3.1.1.5 As Mulheres Avaliam o Cuidado

Quanto à avaliação do cuidado desse serviço, só tivemos valorações positivas que o referem como lugar de referência no cuidado e no aprendizado, espaço santificado, operador de RD, como local de referência e ressonância em situações de riscos e vulnerabilidades e espaço de cuidado contínuo.

Maravilha avaliou o serviço como referência no cuidar e no ajudar, como espaço de novos aprendizados, como interferência no caráter neurótico da substância psicoativa e na sua couraça muscular:

[...] é isso aí que eu aprendi aqui dentro, tem que procurar ajuda, não se entregar aquele, desejo aquela vontade, procurar alguém que possa ajudar, se comunicar, porque eu falo muito, eu sou muito comunicativa, mas quando eu vivia no mundo das drogas eu ficava muito reprimida, eu queria falar com a [...] e ficava assim olhando pra você mas sem expectativa, sem achar um jeito de comunicar com você, entendeu? Aí você até saía de perto de mim e eu ficava com aquela vontade. Agora não. Agora eu aprendi a conversar e falar, explicar meus motivos aos quais eu tenho ansiedade, se eu estou bem, eu estou ótima! [...] e eu estou aprendendo tudo aqui no CPTT.

Alamanda avaliou o lugar de tratamento como espaço santificado, que acolhe sem julgamento: “Aqui é um lugar santo. Aqui tem a bênção do Pai. [...]. Um lugar santo é um lugar que nem esse. Lugar de sofredor. [...]. Aqui é um canto do céu, toda vida eu falei. A senhora quer ver é na rua, a senhora quer ver é a porta de aço,⁴⁴ não chegava nem junto”.

Fricsia atribuiu ao CAPS AD a propriedade de lugar de cuidado operador de RD:

Eu também tive uma recaída, depois de um mês e dez dias [...]. Saí era onze horas da manhã, cheguei dez horas da noite, aí fiquei em casa. Aí fui ajudar meu pai, minha mãe, aí falaram: o que está adiantando [...] o que está se passando lá dentro [...]. Tudo deles são: O que adianta você fazer tratamento se você fica assim? [...]. Mas se não fosse o CPTT, quem usa principalmente o que eu usava, se deixar usa todos os dias [...]. Nossa, mas eu penso até hoje a maneira que minha mãe falou, nossa não sei pra que que você vai voltar, não está resolvendo nada. Pra mim tá!

Nenúfar comentou que o CAPS AD (CPTT) é lugar de referência e de ressonância capaz de propiciar reflexões quando às situações de risco das mulheres e de sua vulnerabilidade:

[...] eu peguei as minhas coisas e levei para minha casa, e a primeira coisa que eu fiz foi botar um pito na boca. Comprei, comprei logo um monte, me afundei dentro de casa. E aquilo eu fiquei fumando, fumando, fumando, igual um bicho de mato. Aí eu vi o quanto o projeto aqui agiu na gente, porque aí a ficha caiu na hora, eu falei “Meu Deus, meu tratamento, eu estou botando tudo a perder”. Aí eu parei, nisso que eu parei [...]. Foi tão engraçado, que eu não lembrei dos meus filhos, eu lembrei de mim. [...]

Alamanda caracterizou o CAPS AD (CPTT) como lugar de continuidade do processo de cuidado: “Porque eu já tô curada... Eu vim a vida toda. Ah! Precisa de vim mais? Deus! Eu acho que já, do *crack* tá, agora da maconha e das outras coisas eu tenho que aparecer [...]”

A estadia nesse lugar de cuidado ajuda a “colocar os antolhos”, para usar uma metáfora do favorecimento à circulação libidinal, ao *grounding*, como indicou Lilás: “Vou montar um cavalo e botar um freio de burro assim na frente. [...]. Só

⁴⁴ Referência a um local em que comumente os usuários de *crack* se reúnem para a utilização da substância, na cidade de Vitória.

olha pra frente e vai embora. [...]. e não olha pra quem tá de lado te chamando, te perseguindo. Então eu tenho que aprender a fazer isso”.

Estar nesses serviços sob cuidados e, especificamente, num CAPS AD, propicia muitas reflexões e mudanças, sobretudo na defesa da vida.

7.3.1.2 Defesa da Vida

Considerando defesa da vida como qualquer mobilização para cuidar-se de forma expansiva, não destruidora, sem riscos e vulnerabilidades, verificamos nos relatos das mulheres referências à autoestima, a RD e a limites.

7.3.1.2.1 Autoestima

A autoestima é o enaltecimento do sujeito, com valorização positiva de si mesmo, em prol da sua circulação libidinal. Essas propriedades compareceram de diferentes aspectos: na saúde, na estética, na aparência conquistada, no cuidado com o corpo, no zelo de si e na autopreservação, como a evitação da degradação diante de outros.

O cuidado da saúde revela ressonância do sujeito consigo, no cuidado do corpo e da saúde bucal, como destaca Amamélis: “Meu dente eu consertei todos eles, o que estava doendo deu uma broca, mas agora ele foi obturado. Agora tá tudo bom, dá até pra beijar agora”. Maravilha manifestou preocupação com a Saúde da Mulher, especificamente com o câncer de mama:

[...] eu tive de ir no médico pra fazer mamografia, porque eu tenho umas glândulas aqui, mas o médico me apalpou e falou que isso é normal, que não era pra eu botar isso na cabeça. Porque eu vi a reportagem da Angelina Jolie que tirou os seios né [...] ai eu fiquei com aquilo na minha cabeça. Ai o doutor falou que não tinha nada haver, que aquilo eram só glândulas e que se tivesse algum problema isso ia ser tratado, dai eu tirei isso da cabeça.

No tocante às preocupações estéticas com o corpo, destacamos as sinalizadas por Maravilha, ao e permitir utilizar a Academia Popular de seu bairro, referenciada pelo CAPS AD, como tarefa terapêutica agregada ao seu PTS:

Musculação pra criar massa. Pra ganhar tudo, é costa, é peito, é bunda, é isso aqui. [...] É, panturrilha. [...] E faz aquele também que deita, que encosta, você fica assim reto, e a outra levanta e desce sem encostar no chão, levanta e desce [...], depois fica de costa [...]. é ótimo, já tô toda durinha já, fazia assim [...] tudo balançava, agora num balança mais não. [...]. Eu tô com quarenta e nove quilo e oitocentos. [...]. De quarenta e cinco.

Nesse caso, a preocupação estética com o corpo com aquisição de peso corporal parece destoar do modelo imposto na sociedade atual em que se cultua a magreza, considerando a sociedade de consumo em que vivemos com grande apelo à estética e ao consumo do corpo, passando este a ser o mais belo objeto de consumo.

Segundo Baudrillard (2008, p. 157) “[...] o estatuto do corpo é um facto de cultura. Ora seja em que cultura for, o modo de organização da relação do corpo reflecte o modo de organização da relação das coisas e das relações sociais”. Desse modo, estudando-se o consumo na sociedade industrial, observa-se que o corpo foi eleito pela sociedade capitalista como o mais belo objeto de consumo e redescoberto após uma época de puritanismo, evocando liberdade física e sexual, mostrando-se na publicidade, na moda e na cultura de massa, tornando-se objeto de salvação, evocação baseada no mito do prazer.

Nesse sentido, a bebida alcoólica torna-se dispositivo estético favorável ao olhar do outro. Num fenômeno contemporâneo, a *drunkorexia*, as mulheres consomem *drinks* para alcançar a saciedade, ao invés de se alimentarem adequadamente, prática de celebridades como atrizes e cantoras. *Drunkorexia* é uma palavra inglesa formada por *drunk* (bêbado) e *anorexia* (falta ou perda do apetite em níveis extremos e perigosos). O forte desejo de se manter magra faz com que algumas mulheres e adolescentes substituam as refeições por álcool. Os padrões de beleza têm sido considerados como um dos responsáveis por essa prática, que lança as mulheres na era do

emagrecimento, buscando o corpo ideal como os de celebridades (ALBERT EINSTEIN, 2014; KNIGHT; SIMPSON, 2013; BABIAZ; WARD; BRINKMAN, 2013).

A conquista da nova aparência e o apreço pela aparência conquistada são notados pelas colegas de tratamento, o que se mostra na fala de Medilinas a Maravilha: “[...] você tá gostosa, tá maravilhosa [...]”. E, Maravilha responde: “Eu comia 24 horas [...]. O ruim que a gente engorda só a barriga”.

A autoestima se faz presente quando a couraça caracterial e muscular da droga dá sinais de afrouxamento, abrindo espaço à potência orgástica do sujeito, no contraste exposto por Anêmona:

[...] ai gente, eu tô precisando de um óculos escuros. Aí o outro falou, o quê? A gente precisando de um monte de coisa dentro de casa e você vem me falar de óculos escuro? Aí eu falei: é que agora eu tô voltando a cuidar de mim [...] Agora toda hora eu tô me ajeitando, tô vendo que minhas pernas estão russa, antes eu andava toda suja, não queria saber, pegava uma roupa rasgada qualquer [...] e trocava pela minha novinha que minha mãe tinha acabado de me dar, eu não tirava nem a etiqueta, pra chegar lá mostrar a etiqueta, pegar uma roupa velha qualquer, pegava um chinelo de uma cor outro chinelo de outra, depois ficava a pessoa desfilando na minha frente com a minha roupa novinha e eu igual a uma mendiga, instigada, e às vezes, ainda pedia, me dá um pedaço [...].

A autoestima caracterizada na autopreservação, evitando-se situações de risco, foi enunciada por Alfazema, situada no seu *grounding*, no próprio chão, envolta na própria circulação libidinal. Esse fator parece tê-la poupado de se perder de si e do seu objetivo de tratamento e cuidado.

Tadinha de mim, eu não sou ninguém, tenho que cuidar de mim, tenho que me preocupar comigo. [...] agora eu primeiro, segundo eu, terceiro eu e se sobrar um tempinho, eu de novo. [...] Aí dependendo da situação um pouquinho de egoísmo é necessário. [...] tô num momento meu assim sabe [...]. Tô cuidando de mim, isso que importa, urrum.

A autoestima apoiada ainda na solicitação ao outro para nutrir a sua necessidade, impedindo a sua própria circulação libidinal foi verificada, como se outro devesse nutrir a necessidade de embelezamento. Ou seja, a

impotência orgástica de produzir algo para si compareceu no relato de Maravilha: “[...] você num tem nenhum colar que você num queira mais não? Eu amo colar. [...]. Eu pedi uma saia a [...]”.

O contato com a aparência transfigurada favoreceu a retomada da autoestima, como destaca Nigella: “Eu mesma olhei pra mim [...], no espelho e tomei um susto. [...]. Nossa, eu me vi uma segura, um rosto. [...]. Meu rosto tava assim ó, isso aqui meu dava pra botar até, dava até pra esconder alguma coisa”. Ou Maravilha: “[...] tô só a capa do Batman. [...] de tão magra, de fininha”.

Mediante a aparência, algo estético, Nigella e Maravilha contemplaram-se, ficaram em ressonância consigo mesmas e puderam fotografar-se com os seus olhos e capturar seus momentos, em instantes de si, representativos de seus momentos atuais, do consumo da substância psicoativa (aqui, no caso, o *crack*) e do que estão fazendo a si próprias. Afinal, “Os olhos são a janela da alma”, conforme sinaliza a célebre frase atribuída a Leonardo da Vinci, e cumpre retomar a consciência de mudança, incluída aí a decisão de pedir ajuda.

Alamanda defende a autoestima como estabelecimento de *grounding* para evitação de riscos e vulnerabilidades, não se deixando levar por eventos externos causadores de estresse demasiado e desnecessário, desvencilhando-se da confusão e mantendo a autorregulação.

[...] aqui tem a escada da minha casa, a casa dele⁴⁵ era assim [...] Ele chega com as pedras, só pra me instigar. [...]. E eu subo a minha escadinha da minha casa, fecho minha porta, vou beber água, me deito um pouquinho. [...] tá lá, eu nem ligo, fuma ele e os cachorro dele.

A retomada do cuidado de si, em sua própria preservação e autorregulação, mediante a autoestima, também reside no discurso de Anis:

[...] me deu um negócio, aquele calor assim, meti a mão, arranquei a blusa e fiquei só de sutiã e bermuda dentro do forró, aí depois [...] eu

⁴⁵ Do vizinho.

Deus onde é que foi parar a minha blusa? Mas isso a dona tinha guardado, a dona do bar do forró, ainda era num bar assim ao vivo, aí eu falei, Meu Deus [...] e eu só de sutiã, nossa que vergonha, e eu dançando no meio de todo mundo só de sutiã. (risos). Ah agora, mil vez agora, eu mudei. [...] nossa, antes eu andava toda suja, toda [...]. Mendingo, você já pensou? Eu ficava no meio das pessoas assim.

A retomada da autoestima mediante o cuidado do corpo enfatizada pela higiene foi mencionada por Astromélias: “É porque quem fica fumando *crack*, a gente [...] Acaba! A gente fica [...]. Descalça, sem tomar banho, sem trocar roupa. Eu não, hoje eu estou, que ó, posso vestir a mesma roupa, mas não deixo de tomar banho”.

O espelho surge como catalisador da retomada da autoestima, propiciando a transição do descuidado para o cuidado, conforme revelou Nenúfar:

O *crack*, ele tira a vontade de tudo. [...]. De comer, de trabalhar, de cuidar, de ter aquela vida normal, depois que você fumou, que deu a primeira [...]. Você não quer saber se você está fedendo, se você está suja, você não quer saber de nada, você quer saber de ir atrás do infeliz do *crack*. [...] A gente tem até medo de olhar no espelho. Quando tô fumando, tô três, quinze dias, dez dias fora de casa, o espelho é meu inimigo! Eu sei como que é, é horrível.

O que se enxerga no espelho é a imagem invertida, e não o próprio ser. O espelho traz um aspecto “enviesado” do sujeito, que não se reconhece. O espelho parece apontar um campo de batalha de Nenúfar contra si mesma, ele “é meu inimigo”. Tal inimizade se perpetra pelas próprias ações de Nenúfar, ao depender do *crack*.

Essa imagem especular, ainda que contrária, mostra uma contrariedade de si mesma que ela reprova.

O horror enxergado pode conduzi-la a um lugar de tratamento para transformar o modo como se vê, e o espelho migra da condição de inimigo especular para denunciante das corações, das tensões que aprisionam no território existencial do medo que a leva a buscar substâncias psicoativas. Espelhar-se é um bom começo. Nesse sentido, o espelho como operador de autoestima funcionou

como ressonância que permitiu a Nenúfar apropriar-se de sua potência orgástica na direção do cuidado.

7.3.1.2.2 Na Lógica da Redução de Riscos e Danos

Constatamos a referência a diferentes movimentos de RD pelas mulheres, ou seja, de diferentes meios de RD e proteção contra risco ou vulnerabilidade (BRASIL, 2003).

A redução da quantidade consumida da substância psicoativa parece indicar um afrouxamento da couraça muscular droga e do caráter neurótico psicotrópico, o que se revela como fator expressivo do cuidado de si, como Nigella salientou: “[...] eu pegava uma pedra, quebrava em quatro, entendeu? Agora não, é metade de um grãozinho de arroz [...]. Não é pra poder economizar, que é pra não comprar mais”. Glicínia também se pronunciou a respeito:

Se eu estivesse lá na rua eu estaria usando, no mesmo lugar, eu passava três, quatro, cinco dias acordada direto, virada. [...]. Virada, sem dormir, e por fim, eu com o cachimbo [...] a pedra ficava lá e o cachimbo ficava comigo, mais de uma semana, mas eu não dormia [...]. mas todo dia eu tenho que estar colocando uma pedra na boca ainda. Mas é uma, uma mesmo. [...]. Diminuir? Parando, parando! Pra quem semana passada, estava usando o tanto de pedra que usava.

Essa diminuição indica a construção gradual de um *grounding* e uma qualidade de potência orgástica do que se consegue fazer por si, transitando da entrega à substância psicoativa e do abandono de si para o cuidado de si.

Outro movimento de RD mostrou-se na evitação de certos lugares, como destacou Maravilha:

Não vou no churrasquinho, sabe por que? Porque é do lado da cerveja... mesmo eu tomando refrigerante tem sempre um engraçadinho que bota o refrigerante junto no meu copo com cerveja, por maldade. Então eu preferi me recolher, ficar na minha quietinha, fazer meu almoço, ter a minha família perto de mim [...].

Outra atitude de RD na preservação e na ressonância com o próprio sujeito foi enfatizada por Frícsia, aparentemente em *grounding*, apesar da fissura, parecendo ter conseguido conversar e negociar simultaneamente com a couraça caracterial-droga e a couraça muscular-droga, permitindo-se um afrouxamento dessa forma de funcionar e de sua armadura:

[...] naquilo que eu tava usando [...] olhei para os quatros cantos e sabe me bateu aquela tristeza, aquele negócio, poxa o que que eu tô fazendo? Aí naquilo eu voltei pra casa [...]. Mas ao mesmo tempo eu me senti feliz e de ter conseguido voltar mesmo que eu tenha usado me bateu aquela sensação de usar a primeira, geralmente você usa a primeira você quer ir atrás de mais, mais, mais e não. Eu consegui superar e voltar atrás eu mesma dizer não pra mim [...]. Eu fiquei feliz de ter conseguido voltar pra casa, entendeu? E depois eu avaliando, caramba da última vez que eu saí eu fiquei 11 dias fora de casa, entendeu? [...]. Então, ao mesmo tempo eu fiquei triste e fiquei feliz de ter conseguido olhar pra mim naquele momento e eu espero que a única coisa que eu posso pedir é desculpa comigo mesmo e todos vocês que estão me ajudando e espero que isso não aconteça mais e eu tô procurando evitar ao máximo.

Reflexões como as de Frícsia marcaram um discurso extremamente potente, clarificando-se a sua dificuldade e situação, mas ela ainda está em marcha para transformá-lo em prática para sua vida, autorregulando-se em seu caráter genital e sua potência orgástica:

[...] eu acho que todo mundo que está aqui está passando por uma situação né, cada um na sua, ninguém chegou aqui com juras, promessas de que nunca mais iria usar que nunca, isso e aquilo, acho que a gente tá aqui pra superar cada dia um dia após o outro. Então pelo menos eu tô aqui, e cada dia pra mim é um leão que eu tenho que matar, porque só eu sei o que se passa dentro de mim. [...]. porque quando eu caí em si, não que eu fiquei usando até meio-dia, isso eu tinha parado de usar umas 4 horas da manhã, eu fiquei quieta, eu estava na casa de uma colega, eu fiquei quieta, aí começou a bater o desespero, aí bateu o medo de voltar pra casa, a vergonha. Aí eu falei, eu tenho que ir porque é minha casa eu tenho que ver meu filho. [...].acho que a gente tem que agir, continuar com a gente mesmo e não o que as outras pessoas o que a gente quer pra gente mesmo. [...]. É o que eu falei, cada dia é um leão que eu tenho que matar, tô aqui hoje pra matar mais um [...].

Matar um leão por dia parece ser medida adequada de RD para dar conta das dificuldades. Além disso, é um ato de prudência dar conta de uma coisa de cada vez, sustentando a mudança aos poucos. Isso favorece a construção do *grounding* amiúde, com mais força e capacidade de sustentação. Afinal, se

vivemos um dia de cada vez, nada mais sábio do que enfrentar uma dificuldade de cada vez...

Medidas singelas de RD são compartilhadas por Centáurea:

[...] aprendi uma coisa [...] que um dia vocês falaram uma coisa que eu nunca vou esquecer na minha vida. Foi logo no início quando eu cheguei debilitada, horrível. [...]. Se esse caminho daquela pessoa que está usando a droga, alguma situação, o *crack*, cocaína, qualquer coisa, se você estiver passando por aquele caminho, desvia daquele caminho, passa por um outro caminho, mais longo, mas que você não passe perto da onde está acontecendo isso. Por que? Senão vai vir aquela ansiedade, aquela boca seca, aquela vontade, entendeu? Então ela me ajudou falando aquilo comigo [...].

Outra medida de RD singela foi destacada na voz de Alamanda:

Você tem xícara? [...]. Então. Dá pra tomar café na xícara. [...]. Porque... eu não tô ensinando? Eu tô ensinando coisa boa, não ensino coisa ruim pra vocês. [...]. Pessoa que bebe, não pode tomar café em copo americano. Porque se ele toma café naquele copo, ele já tá pensando em mais tarde toma bebida. [...]. É realidade, porque eu parei de tomar café em copo, tomo na xícara, tomo no caneco, tomo em xicrinha, e eu fui válida. E eu pensei que eu nunca sairia. Às vezes você pensa assim, que nunca vai sair da bebida, cê sai [...].

Fantástica essa pequena medida de RD, que pode ser alentadora! Sem desresponsabilizar as políticas públicas de sua tarefa de cuidado, às vezes, achamos que temos que fazer grandes elucubrações ou ter grandes ideias, ou gastar muito dinheiro para reduzir o consumo ou até mesmo abandonar o uso da substância psicoativa. Essa medida simples demonstra que, muitas vezes, as soluções para grandes problemas e questões complexas podem estar em atitudes singelas e bem à mão.

Outra medida de RD baseia-se numa vinculação afetiva, numa função útero quente e de ressonância, tendo a referência paterna como limite e lei. Aqui comparece a figura dos “coroas”, funcionando como organizador “tardio” de uma função possivelmente inexistente antes na vida de Prímula. Embora “tardio”, pode ter efetividade e eficácia para Prímula, com apenas 24 anos na ocasião da pesquisa, mas aparentando muita puerilidade emocional e um

quadro de comorbidade de transtorno mental com o consumo de substâncias psicoativas.

Eu tinha pessoas que ficava comigo, mas sabe, num é prostituição. Eu tenho um coroa que me banca. [...]. Tem uns que nem fica comigo. [...]. Tem um que conversa comigo e fala assim “E seu filho? Como é que tá seu filho? Cê parou de usar droga [...] ele me dá um conselho [...]. Esses véio eu vou na casa deles. Tem um véio que nem quer fazer, nem faz nada comigo. Tem um véi que eu chego lá na casa dele, ele me dá comida. [...]. Tem um que adora ir no forró, dançar, sair, beber, tá lascado também, num tô bebendo mais, num tô fumando mais. [...]. Ele é um coroa sarado. [...] num é aquele véio, véio, feio, murcho, murchubudo, não. [...]. A barbinha feita bunitinha, cavanhaque cortadinho... fortin. [...] eles não são idosos... coroa, eles ajuda, eles num usa droga. [...] . Eles dão dinheiro mas eles não usa droga. [...]. Ele fala bem assim “Sai dessa vida.”, eles são meus conselheiro. Eu tô lá drogada, eu paro fico escutando, de tanto eu escutar ele, foi o que me fez parar de usar droga e perceber. Tem um que chegou e falou bem assim pra mim “Menina, quando tiver mais velha [...] vai ver as doenças que vai causar pra você...”. Parei pra perceber. [...]. Aí fui parando de beber.

Demarca-se aqui mais um operador de RD e cada vez mais essa ferramenta-conceito amplia a vida, operando em diversas funções, sem necessariamente estar vinculada à utilização ou não da substância psicoativa.

Outro RD é contar com o *grounding* e o útero quente do outro, organizadores em momentos de fissura, para ultrapassar a síndrome de abstinência, conforme destacou Câmpanula:

Mas quando foi ontem eu vim pra cá, eu tava conversando com a vigia que eu tava tremendo, porque eu acho que tal da ansiedade que leva a gente a usar a cocaína, eu tava tão ansiosa, ansiosa, que minha mão chegava tava gelada e suando frio e aí ó, que eu tô sentindo uma dor aqui, aqui dentro, desde ontem. [...] eu procurei ocupar a mente, fiquei conversando com uma mãe de uma pessoa que faz tratamento aqui também, conversando muito com ela e aí foi passando, mas olha eu passei um aperto ontem.

A indicação da maconha como RD para o consumo de *crack* e cocaína foi evidenciada por Nenúfar:

A maconha, no meu ver me ajudou, porque me acalmou. A maconha pra mim não é droga [...]. Maconha pra mim é um [...] calmante, é um diazepam [...]. E então me ajudou muito a sair do *crack*, da cocaína.

O relato de Nenúfar corrobora os estudos que avaliaram positivamente a maconha como elemento de RD ao uso de *crack* (LABIGALINI JUNIOR, 2000; PEREIRA; WURFEL, 2011). Nenúfar reafirma a certeza de que, na atenção aos usuários de drogas, somos a todo momento convocados a refletir sobre valores, a rever nossos preconceitos e mentalidades e, sobretudo, a não se deixar fixar e encorajar em discursos e práticas que não expandem a vida, aspectos referenciados como marcos conceituais na PAIUAD, bem como a importância de fazer proliferar a vida possível (BRASIL 2003).

A evitação de amizades e colegas de uso foi destacada como movimento de RD significativo para Pervinca:

Uma vez umas pessoas me ofereceram *crack*, maconha, pó né, e por uma semana mais ou menos eu fui nessa, só que me batia uma coisa assim [...] eu não nasci pra isso [...] eu perdia eu chão, eu não sabia onde eu estava, ficava tipo agressiva, ou ficava lerda demais [...] pior que eu misturava tudo, era isso, cerveja, cachaça, eu bebia tudo. [...]. Então eu falei assim: Não parei. Então as amizades que no caso foram a que me ofereceram a droga, eu me afastei né. Aí eles falam: Ah [...], você está sumida... Não, não estou sumida, simplesmente o que aconteceu foi passado [...].

Já Alamanda enfatizou:

Tá doido chegar alguém lá na minha casa na hora de eu ir pra minha igreja e eu deixar de ir. Não tem mais quem faça isso comigo! Ninguém. [...] Lá naquele tempo só aparecia o ogú, o adversário de Deus marcava hora, sabe? Que eu ia pra lá e ele chegava, eu comprava uma pedrona, uma buchona de maconha. Quem é que tá aí doutora, quando a pessoa é viciada? Ninguém tá aí. Agora é cem metros de mim, cem metros de distância. [...]. Já falei é cem metros longe de mim, eles sabem: “Aqui não tá? Aqui só vem Deus, Jesus, Nossa Senhora [...]”

Ela também destacou:

Desde que os homens saíram lá de casa ele⁴⁶ parou de ir lá [...] Claro. Ele ficava lá me vigiando pros [...] não me matarem. [...]. Ficava olhando lá [...] Quando eu voltava ele falou: “Ô [...], mas oito homens aí dentro [...]? Eu contei daqui de baixo! Você não tem medo de denunciarem você não? Presta atenção!” E tinha mesmo oito e já ia subindo outro para completar nove. [...]. Que nós estávamos fumando o negócio. [...]. Denunciar que aquela casa ali é assim, assim e assim. [...]. É... Ô ele me alertando.

⁴⁶ O ex-marido.

Momentos de fissura são batalhas desafiadoras do sujeito contra si mesmo. É preciso não perder o *grounding*, num movimento alternado de resistir, ceder, resistir a um breve momento de prazer, provisoriedade, fugacidade, para depois se haver com os efeitos dessa ação. A ambiguidade está sempre presente (vou, não vou). A dúvida confunde, a ambivalência está presente. Quando se ultrapassa a dúvida, demarca-se uma decisão e toma-se posição. *Grounding* e eixo. Apesar da “aguuuunia”, Alamanda fez uma escolha, e quando opta pelo não uso, por não recair, utiliza a sua força para sustentar a paz. É muito sofrida essa reflexão, pois não há escolha sem dor, sem sofrimento. Contou Alamanda:

[...] eu fui passar por ali [...]. Tava assim, os colega cheio de pó. Aí eu cheguei, aí eles: a tia chegou! Tanto tempo, sabe? [...] e eu disse: é meus filho, a tia veio aqui só “oiá” vocês, oiá pra tia a situação, sabe? Isso tudo é remédio que a tia tá tomando... “ai que pena tia”... Eu digo, pois é filho, sabe? É tia infelizmente... E aí ta tudo bem? “Tá tudo bem tia”, tá faltando só “umazinha” pra gente. Aí eu peguei 10 conto e dei pra ele, sabe? [...]. Aí eu senti assim na minha cabeça, tá me lembrando agunia [...] se eu pegasse a droga e eu tava levando agunia, aí eu fiquei dentro do ônibus, mas que agunia que eu tô achando? Quando eu cheguei dentro de casa logo aquele negócio que veio na minha cabeça e aquela agunia veio? [...] se eu pegasse aquele 10 conto que eu dei pra ele e pegasse uma pedra pra mim eu tava levando uma agunia porque ela só nos valia, sabe? Mas, é o mesmo que tinha pegado 10 conto e joga fora, queimá, queimá 10 conto nessa situação aqui fora né. Ai eu vim embora aquele dia pra casa... minha filha. Eu nem me lembro mais já é duas vezes que eu passei por lá e não quis.

Esses relatos em geral também apontam para o duelo interior, na tentativa de relativizar a dependência emocional da substância (OMS, 1993). Negociando com o caráter neurótico, a couraça muscular e as suas investidas reflexivas naquele momento, Alamanda conseguiu sustentar, apesar de todas as ofertas, convites e incitações, o seu *grounding*, matendo-se em circulação libidinal e autorregulação, guardando-se de se perder dos investimentos já feitos na direção do seu cuidado e tratamento de saúde.

Estendemo-nos propositalmente na elucidação dos movimentos de RD inventados por essas mulheres por sabermos o quanto são significativas tais construções no seu cotidiano. Além disso, enfatizamos que a lógica da RD se aproxima do nosso referencial teórico, com a liberação da couraça muscular e

afrouxamento do caráter neurótico relativo ao consumo de substâncias psicoativas.

O *grounding* se dá amiúde no cuidado de si, nesses pequenos e, ao mesmo tempo, grandes movimentos de legitimação da potência orgástica e de autorregulação. Ampliam-se o olhar e a intervenção, nesse campo, quando se assume que não se pode pensar somente na abstinência, ou seja, na mera retirada do objeto-droga, sem significado e significação para o sujeito. A RD, nesse sentido, é ampliadora, expansiva e desencorajante.

A lógica e o trabalho de RD, contrariamente a uma perspectiva da abstinência total, dirigem ações à expansividade e à afirmação da vida, em que o sujeito pode operar numa potencialidade para o enfrentamento das dificuldades, em busca de êxitos, inversamente aos insucessos das tentativas de “saídas” baseadas na abstinência, pois:

[...] a proposta da abstinência é uma proposta que valoriza a possibilidade eminente de fracasso e a redução de danos valoriza a possibilidade de vitória. Um exemplo disso é simples, é uma estratégia que a gente costuma dizer em relação às pessoas que fumam cigarro e que sofrem com a vontade de parar – ou com a obrigação de parar, porque os outros se incomodam tanto e por isso fumar cigarro hoje está ficando muito difícil. – e dizem: “eu tento, mas eu não consigo”. Provavelmente a proposta automática vinda do senso comum, seria a de abstinência integral e total: “para de uma vez”. É claro que essa pessoa amanhã ou daqui um dois ou três dias vai entrar em contato com o fracasso, porque não vai conseguir parar de uma vez mesmo. Então nós propomos que essa pessoa escolha retirar o cigarro mais fácil do dia, porque aí, no dia seguinte, ela vai comemorar uma vitória e não chorar um fracasso. [...]. No dia seguinte ela fala: “puxa, eu consigo!”. Ela fica mais valorizada, a autoestima dela cresce, ela tem uma vitória para comemorar e para ela é importante aquela vitória, e em cima de uma vitória, ela vai continuar tentando mais uma, tentando mais outra, de acordo com as possibilidades dela. Por isso, redução de danos é tratamento, é tratamento para o HIV; é tratamento para AIDS; é tratamento para dependência química; é tratamento para a delinquência; é tratamento para a violência; é tratamento para todos esses itens que compõem o tal do mundo das drogas. Só que as pessoas não partem de um princípio que sabem que vão fracassar. A maioria não vai conseguir eliminar, sair desse mundo das drogas, e ir para um outro mundo, a não ser que vá realmente para um outro mundo, e não esse. Ela vai ter de elaborar tudo, ninguém consegue viver computando fracassos constantes e diários, mas a gente consegue viver considerando as

nossas vitórias, por menores que elas sejam (LANCETTI, 2007, p. 67).⁴⁷

“Viver é luta renhida”, já dizia o poeta Gonçalves Dias, em “Canção do Tamoio” (DIAS, 1969). Assim a “batalha” pelo cuidado de si continua. As lógicas de RDs ampliam-se para os limites que essas mulheres vão construindo, inventando e, sobretudo, sustentando no dia-a-dia.

7.3.1.2.3 Limites

Compreendendo limite como contorno, contenção, expresso no dizer “nãoooooooooooo”, “saiiiiiiiiiiiiiiii”, “chegaaaaaaaaaaaaa”, averiguamos diferentes ambientes dessa interdição. Diz-se “não” ao próprio consumo da substância psicoativa, aos amigos, aos familiares, à vizinhança e a relações amorosas violentas.

Quanto ao limite ao próprio consumo, destacamos a afirmação de Glícinia para garantir o *grounding* no cuidado de si: “Eu falei não quero, não quero. Mesmo que eu veja, eu falo não, eu não quero”.

Mas o limite não é somente para as substâncias psicoativas. Fechar a porta da casa aos companheiros de uso foi outro dique construído por Alamanda para se manter no seu *grounding* e preservar-se:

Olha as companhias, eu vivia com dezoito amigo, cheio do dinheiro, que eu roubava até cento e cinquenta conto deles e ele nem percebia, olha lá o tanto de dinheiro que o homem tinha. Eu com a minha geladeira pura, sem nem um ovo dentro, o homem com quinhentos conto pra fumar, o outro chegava com um milhão tá... O avião tá doido. [...]. O avião ia dentro da minha casa. [...] Então, eu não consegui sair daquela. [...] A minha casa só ia pra fumar. [...] Aí eu gostava né, mas depois eu vi que não é certo. [...]. Ficava aberta, era jogar uma pedra, eu abria a porta. [...] Agora mais não, quem tentar ir me perturbar [...]. É, fechei a porta.

⁴⁷ Esse relato é de Dominiciano Siqueira em entrevista a Antônio Lancetti, publicada no livro Clínica Peripatética.

A interdição de Alamanda anunciou uma reviravolta em sua vida com a compreensão do que infligia a si mesma, demarcando outro movimento materializado na busca do cuidado de si.

Os limites aos amigos de uso são ilustrados aqui pelo esforço do cuidado de si e da manutenção da circulação libidinal, autorregulação e *grounding* de Maravilha:

Aí chega um amigo, daqueles que passaram na minha vida antes aí ele falou: “Ah [...], vamos tomar uma cerveja” Eu: “não posso tomar cerveja, se você quiser comprar um refrigerante pra mim você pode”. Ele: “Ah eu posso tomar a cerveja aqui?” Eu disse que não, poxa você quer beber dentro da minha casa? Que amigo é você? [...] Aí eu falei: “olha se vocês gostam de mim, eu estou em tratamento, se vocês gostam de mim, então, por favor, se retirem, porque esse cheiro tá entrando tudo na minha casa e eu tô com ansiedade, eu já tô aqui nervosa que você chegou fumando aqui [...] então me dá licença. Aí desceram todos três e foram embora.

Outro exemplo de limite aos amigos de uso é trazido por Medilinas:

[...]. a outra [...] me chamou pra tomar um litrão na casa dela, aí eu falei: “não estou bebendo”. Ela falou: “não tem problema eu tomo minha cerveja e você toma um refrigerante. De qualquer jeito você vai beber”. Eu falei: “isso é louco, mas eu não vou não, deixa pra próxima”.

Outro destaque da interdição aos amigos é reafirmado por Pervinca:

[...] ele falou assim comigo: “Como é que pode né, eu duvido, que se eu tiver um pedaço” [...]. Aí eu falei com ele bem assim: “É verdade, eu tô com vontade de fumar pedra mermo. Mas se você me desse esse pedaço eu poderia até ficar, mas depois eu sei que eu ia me arrepender, entendeu. Por isso você pode guardar seu pedaço de pedra, porque eu vou embora”.

O limite imposto à vizinhança na luta pela permanência no *grounding* foi destacado em algumas experiências de Alamanda:

[...] eu tinha marido, eu era muito ciumenta, sabe? [...] o⁴⁸ [...] trabalhava de dia, trabalhava de noite [...] uma vizinha minha falava: [...] “eu vou te falar uma coisa, mas não fala que foi eu que te falei não, tá? [...] eu vi seu [...]. Só que ele não estava só” [...] E eu

⁴⁸ Referindo-se ao marido.

acreditando né... [...]. Já tinha aqueles negócio todo na cabeça, não era pra beber? Era pra beber... Eu corria pra beber. Aí quando o marido chegava eu tava bêbada, gritando, aquele inferno, aquela baixaria, sabe? [...] Aí eu fui numa psicóloga [...]. Aí ela falou assim: [...] “prepara uma resposta pra você dar pra essas vizinhas que andam te incomodando”. Mas doutora, fale o que eu vou dizer pra elas. Aí ela falou: “Uma resposta sua” [...]. E eu ia pra casa e ficava imaginando [...]. O que eu vou falar? Ah já sei... Eu tô dentro de um açougue chique [...] aí a mulher chegou [...]. “Eu tenho um negócio pra te falar”. Aí eu falei: “Deixa o senhor me atender aqui, que aí eu escuto o que a senhora tem pra me falar”. [...] “Eu vi seu⁴⁹ [...] Que? (sussurro) “Eu vi seu” [...]. Eu falei: “Você viu seu [...]? Aquele filho da puta, chifrudo nojento, você viu ele? Aonde? Que eu não quero nem saber daquele velho mais, porque agora arranjei um negão, olha que negão bom, que negão gostoso. [...] troca até de tamanho”. [...] Mas era tudo mentira sabe? [...] Só pra mulher parar de falar... [...] Aí a mulher ficou olhando pra mim... [...] Aí eu falei: “Ahhhh que cachorro! Eu tenho um negão, minha filha. [...] E aí ele tá lá me esperando, [...] você acha que eu vou perder?” [...]. Eu dei a resposta a umas vinte criatura no meu bairro. [...] Depois pararam de perturbar a minha vida [...]. Ó, parei a bebida por causa daquela, abençoada, daquela psicóloga, que Deus guarde ela [...]. Ela não mandou dar essa resposta. [...] Aí eu dei essa resposta, e fui dando, e fui dando. [...] foise embora a cachaça de mim, eu parei de beber deve ter sido por isso [...].

Construir a resposta é dar limitar a invasão de quem não respeita, ultrapassa a civilidade e principalmente intensifica o sofrimento psíquico do outro. Esse diálogo é de uma beleza singela, que demonstra o quanto os humanos podem ser perversos uns com os outros, em sua peste emocional, na intriga, na fofoca e na aposta na miséria alheia.

Entretanto, Alamanda, com a ajuda de um profissional que lhe dá o suporte para sair do ostracismo social a que foi relegada pela bebida, virando chacota no seu território geográfico-existencial, não lhe dá a resposta, mas trabalha para que essa mulher se valha de criatividade e invente um “pare, você só pode ir até aí” ou “chegaaaaaaaa” ou “saiiiiiiiiiiiii”. E tudo isso mediante o verbo, a palavra, sutileza humana que, bem utilizada, constrói patrimônios de limites para situações indesejadas. Nesse sentido, Alamanda construiu seu *grounding*-resposta à invasão.

Formas-limite ainda são inventandos por Alamanda ao confrontar os vizinhos:

⁴⁹ O marido de Alamanda.

Os vizinho, tudo metido a besta. Que me via parecia que tava vendo um cachorro, um bicho. Sabe? Parte de carniça. Passava de lado. Aquilo lá me dava uma revolta. [...] No dia que eu vim fazer o tratamento. Quando eu voltei tava tudo me esperando. [...]. Com aquela cara de maldita. Eu falei: "Gente, eu não fui pegar pedra, não. Eu deixei lá pro seus netos, seus sobrinhos, seus fio, seus parentes. É dez conto só. [...]. Hoje eu num trouxe, não. Não quero mais, não." [...] Por que que eu dei aquela resposta? Porque eu sabia que tavam ali. Tapei a cara deles todo. [...]. Eu digo "Uê, tá puxando os menino de perto de mim por causa de que? Eu hein. Os menino [...] eles que num podia tá com você. Porque você é o verdadeiro traficante. Eu sou apenas usuária. [...] mas você num tá fazendo isso comigo." Eu digo: "você é traficante. Carregadeira de droga. [...]. Seus filhos sabe que você tava presa?" Aí derrubei ela assim. Ela veio me diminuir, tá compreendendo, me diminuir.

Outro exemplo de limite à vizinhança é dado por Alamanda:

Agora não quero mais conversa com ele. Porque quando a gente tá bestando todo mundo quer fazer a gente de besta mais. [...] Deixa todo mundo pensar que você ainda tá doida [...] tem muita gente ruim que não merece que a gente se dá bem não. E a gente vem tendo uma fama de que a gente é doida e ninguém vem [...] Mas deixa que eu já tô boa. Eu fico só observando, só observando. [...] deixa eles pensarem que eu ainda tô bestando. Tem gente que quando me via, porque teve uma época que eu fiquei verde, verde e feia, sabe? Quando me via corria de longe. Agora quem tá correndo de longe sou eu.

Limite à vizinhança nas provocações de uso foi dado por Alamanda, para não perder a sua circulação libidinal, com a ajuda do ex-marido para ajudar no estabelecimento da "paz" necessária ao ambiente doméstico.

[...] depois que eu saí da dependência, ele ficou me apartando [...]. Me dando pedra, me chamando, "que essa é da boa", que nada! "Que quando ela sara, ninguém cura ninguém, você é besta! Toma! Toma!" Eu digo: "Não quero, não quero!". Aí minha filha só desdém, e me esculhambava. [...] Sou apenas sua vizinha e você não tem o direito de me esculhambar, porque eu não quero ser da sua laia." Só falei isso. [...] ele foi e derrubou minhas plantas [...] aí ele chegou, meu ex-marido [...] Chamou ele: "Ei! Ei! Ei!". Lá vem ele. "Por que você derrubou as plantas da [...]? Fulano, você para de mexer com a [...]. Ela já tá de saco cheio de você! Pra acontecer uma coisa ruim, é rapidinho... Cuidado com ela. Não mexe com ela não. [...] Daquele dia pra cá, adeus! Não mexeu mais comigo [...].

A insistência desse vizinho para Alamanda continuar no "consumo da substância psicoativa" parece indicar peste emocional, caráter neurótico e impotência orgástica. Num raciocínio ampliado, ilustra o pertencimento a uma rede de uso da substância, quando se tenta abandoná-la, sendo, a todo

momento, convocado por esse enredo com ofertas diversas. Por outro ângulo, encontramos também um sujeito solitário, usuário de substância psicoativa, talvez tão “emburacado” nessa relação que até “sente inveja” (peste emocional) da vizinha que sai desse lugar. Entretanto esse vizinho aparentemente não consegue fazer um movimento afirmativo na direção do próprio cuidado.

Outro aspecto é a entrada do elemento masculino no discurso impositivo a esse vizinho, estabelecendo que “não a importune”. Sobressai do acontecimento o fato de o homem (ex-marido) ter imposto o limite. Será que essa mulher não teria conseguido, por si só, fazer essa enunciação e ser respeitada? Ou será que aqui se repete o “velho clichê” de que “homem só respeita homem”, repetindo-se a saga histórica “mulher é sexo frágil e precisa ser protegida, ainda mais sozinha”, malgrado todos os movimentos feministas engendrados pelas mulheres?

Os limites aos familiares foram destacados por Alfazema, como saída para o encontro de sua potência orgástica e da autorregulação em direção à circulação libidinal e caráter genital:

[...] foi me dando aquele sono, foi me dando aquela coisa gostosa assim. Eu vi minha mãe chegar [...]. Dava ainda pra mim falar. Mas aí eu falei: não, deixa eu ficar aqui no meu momento, porque se não depois ela vai começar a tagarelar. [...]. Aí eu peguei e rapidinho dormi [...].

Alfazema impôs limites à provocação social da oferta de bebida dos estabelecimentos e donos de bar. Sem nenhuma solidariedade e cuidado, numa atitude carregada de perversidade, seu vizinho (dono de bar) ofereceu-lhe bebida, sabendo que ela está em tratamento e sob cuidados. No entanto, essa peste emocional não é individual, mas social, pois é o papel de quem vende as substâncias. Cabe o questionamento quanto a se tratar de “tráfico” institucionalizado essa venda de substância lícita, encontrada em qualquer esquina. Conforme Masur (1984), o fato de o álcool ser uma das drogas mais utilizadas deve-se ao seu caráter de licitude e ubiquidade. Com a palavra, Alfazema:

Aí, o dono da venda vai lá: “Você não está comprando mais?” [...] eu fui comprar cigarro uma vez, aí ele veio com a garrafinha cheia de

cachaça e do lado o cigarro. Aí eu falei; “ não, [...] só quero o cigarro”. Aí ele: “Não, leva”. Aí eu falei: “Não, só o cigarro”. Aí não falei que estava tomando remédio não, não dessa, primeira vez eu falei sim: “não, eu tô tomando remédio”. Aí ele falou bem assim: “Poxa, eu ia te dar”. Aí eu falei assim: “Ah não, obrigada, precisa não”. Aí passou com o tempo, de novo, eu compro cigarro em outros lugares né, com medo de ir lá, e com medo assim em termos né, porque é do lado da minha casa. [...] Evitava de ir lá [...] Por causa da oferta, isso. Aí retornei lá, retornando lá a mesma coisa, falei: [...] “me vê um maço de cigarro”, aí ele veio com a garrafa e o maço de cigarro, o maço de cigarro na mão. Aí eu falei: [...] “só o cigarro”. Aí ele: “Leva”. Aí eu falei: “Não, só o cigarro”. Aí ele falou: “Tá sem dinheiro, paga depois”. Aí eu falei: “não seu [...], não é não, não quero”. Aí ele: “Toma estou te dando”. Botou na minha mão: “Toma, tô te dando”. Aí peguei e fiz assim: botei no balcão. “EU NÃO QUERO! Eu estou falando que eu não quero, eu não quero!”. Aí peguei e saí.

Alfazema encontrou um caminho para o enfrentamento-limite à provocação do dono do bar: “[...] eu encontrei a resposta [...]. quando ele vier com essa [...] de me oferecer e eu falar que não quero e ele falar, não essa daqui eu vou te dar, pode levar, vou falar pra ele: Não, guarda, porque pode fazer falta pra sua vó!”

Eis o desafio empreendido com os limites impostos: sair da couraça caracterial, dos lugares discursivos e encouraçados nas mentalidades e formas tacanhas de olhar e tratar os sujeitos (como o discurso a respeito do usuário de droga, que não produz e não serve para nada); encontrar brechas e espaços de pulsação, sair da contração da forma como se é visto, e poder seguir no outro extremo, o da expansão criativa, descobrindo-se na possibilidade de pulsar, conforme o conceito reichiano de saúde; não ficar congelado, cristalizado, encouraçado na forma como o outro o enxerga, mas sair mediante o cuidado de si, compondo outras formas de se olhar para construir novos movimentos, limites e respostas para as relações sociais invasivas e afirmadoras da fatalidade, da destruição e da negação.

O corte-limite nas relações violentas foi um êxito de Anêmona:

[...] eu vivia igual uma rainha, tudo o que eu queria eu tinha, já aqui não, mas ele me batia, ele achava que ele podia me bater, que ele era dono da minha vida, se eu fizesse um A pra ele eu levava um porradão. [...] uma rainha que no fundo era gata borracheira, né, porque eu tinha que ficar fazendo as vontades dele, pra ele achar que me dando tudo [...]. Dois anos.⁵⁰ Mas hoje eu prefiro não ter nada, ter menos coisa,

⁵⁰ Referindo-se ao tempo que durou essa relação.

porque pelo menos eu tô feliz, tô bem, vivo [...]. Mas eu falei leite derramado não tem conserto, né, porque se ele realmente gostasse de mim, me quisesse, ele [...] não teria feito o que ele fez comigo, e agora eu já tomei outro rumo [...] se não der certo com esse aí eu vou tentar de novo, eu não vou desistir mais [...].

Esse relato de Anêmona coaduna-se com a verificação de Swift *et al.* (1996) numa pesquisa com 267 mulheres em tratamento, que constatou que em torno de 38% delas haviam sofrido abuso sexual ou físico na idade adulta. Para 59% dessas mulheres a violência aconteceu no cenário familiar e foi praticada pelo parceiro. Quase um quarto (24%) dessas mulheres afirmou usar substância psicoativa quando o episódio aconteceu e mais da metade (59%) dessas mulheres relatou que o companheiro também estava sob o efeito de álcool e/ou de outras drogas.

Essa pesquisa afirma que a mulher dependente é mais vulnerável à agressão, dada a sua pouca habilidade de autoproteção, e enfatiza que as substâncias psicoativas, notadamente o álcool, alargam a vulnerabilidade e o potencial da violência (BRIENZA; STEIN, 2002; NOLEN-HOEKSEMA, 2004; UNODC, 2004; CSAT, 2005; ZILBERMAN; BLUME, 2005).

Destacou-se o humor como forma-limite diante de situações difíceis, que requerem novo aprendizado e a criação de novos repertórios de respostas às provocações, como exemplifica Câmpanula: “Alô, bom dia, funerária, [...]. Funerária Você é a Próxima Vítima, boa tarde. [...]. Alô, boa tarde, Funerária Só Falta Você. [...]. (*E aí, você afastou com isso as pessoas que queriam usar pedra na sua casa?*)⁵¹ [...]. É.”

Frícsia comentou a vinculação afetiva com o filho como limite ao consumo da substância psicoativa e motivo para não perder o *grounding* e a circulação libidinal:

Vai chegando na boca da noite vai batendo aquela vontade. [...] ai eu já pego meu filho [...] Tem um pessoal na frente da minha casa que tem um quintal enorme, eles colocam pula-pula, é um monte de coisa, eu levo meu filho e começo a brincar ali pra me distrair pra passar a hora [...].

⁵¹ Pergunta da pesquisadora para esclarecer o motivo da recepção do telefonema.

Limite. Contorno. Demarcação. Fronteira. Relatos extensos e intensos. Propositamente. Estendemo-nos nesse item para demonstrar os desafios dessas mulheres para darem limite a si mesmas e aos outros, pois constituem contraponto ao excesso, à voracidade do uso da droga. O movimento-limite é convocado em diferentes campos da vida, em exercício contínuo e aprendido constante.

Nesse movimento, a palavra “não” é elemento terapêutico permanente para essas mulheres na reviravolta que se propõem na retomada do cuidado de si, como organizadora de limite, de *grounding*, de ressonância própria e de circulação libidinal.

O conjunto de cuidados no CAPS AD – diversidade de ofertas terapêuticas e dispositivos-organizadores da defesa da vida (autoestima, RD e limites) – proporciona mudanças em cascata para outras dimensões da existência, como na vida em sociedade, demarcando processos de “inclusão” e “(re) inserção social”, apontando, portanto, que o cuidado de si se consolida e imprime novas formas de viver, como explanaremos a seguir.

7.3.1.3 Inclusão e (Re) Inserção Social

A inclusão e a (re) inserção social serão compreendidas neste estudo como a aquisição de novos contextos, espaços e lugares, além do reposicionamento diante do consumo da substância psicoativa. Esses fatores influenciaram, segundo o relato das mulheres, a aceitação social, a aquisição de moradia, o trabalho/emprego e outros usos do dinheiro, a sobrevivência, o acolhimento familiar, a autonomia, a ampliação das redes relacionais, a interação social e a cidadania.

7.3.1.3.1 Aceitação Social

A aceitação social foi destacada, sobretudo, como o acolhimento de forma útero quente e em ressonância condicionada à ausência da substância psicoativa. Anêmona salientou essa aceitação: “Agora todo mundo, eu passo pelo [...] eu vejo os olhos brilhando: Meus parabéns! Isso mesmo! Continua assim!”. Miosótis ressalta o encontro com amigos e familiares: “Nossa, tá gorda, da última vez que eu te vi aqui tava magrinha. [...] não sei quem é não, não tava reconhecendo. Alamanda comenta um acontecimento exitoso em sua vida social:

A senhora vai pra festa comigo? [...] ela falou: “Eu vou, mas a senhora não vai beber não” [...]. Eu disse: “tá certo, não vou beber não”. [...] aquela noite foi uma bênção [...]. A gente ia comendo [...] eu voltei boa, sem beber [...]. A primeira vez na minha vida e a verdadeira. [...] que eu fui numa festa rodei a festa como uma mulher casada [...].

Saudade relatou a aceitação social de que foi protagonista: “[...] eu ia num batismo na sexta [...] você sabe [...] a piada que fizeram comigo... Me puseram pra cantar pra Igreja cheia, quem ficava no canto da Igreja num banco sozinha [...] com frio, porque o povo tinha medo de chegar perto de mim”.

Alamanda enfatiza o contraste dessa aceitação, expondo o sentimento ao ser vista antes e depois do cuidado de si, perdendo a ilusão quanto ao olhar do outro: “[...] quando me via se escondia e entrava [...] fiquei me tratando, fui ficando com vergonha [...]. Elas olham com outros olhares. [...]. Mas esses outros olhares que elas me olham hoje, não adiantam mais porque o meu coração já fechou”.

A aceitação social pela comunidade também foi demarcada por Alamanda: “Vi aqueles meninos crescerem, hoje tão na faculdade [...] é um respeito comigo. Porque eles podiam ser safados comigo. A lá a craqueira, maconheira [...]. Não é assim não. É o maior respeito, dona [...]”.

É notável o desejo de aceitação social dessas mulheres, como ilustram Nigella – “me tornar uma cidadã comum, a pessoa vai me olhar como antigamente,

você entrar nos lugar sem medo, poder ir em tudo, poder ir em um churrasco de família, poder ir em um churrasco de amigos [...]” – e Pervinca:

Porque eles acham que a gente só quer usar [...] que a gente tem esse comportamento, eles acham que livre disso, e eles acham que podem falar, Olha lá, fulano de tal é assim, assim. Então eles acham que podem ser melhor que a gente. Não é assim não. Nós estamos correndo atrás de ser igualmente a eles.

7.3.1.3.2 Acolhimento Familiar Útero Quente

O acolhimento e o cuidado dos familiares com atitudes inclusivas foram evidenciados por uma conjugação de medidas de escuta, suportes, cuidado/vigilância, declarações afetivas e limites impostos por diferentes familiares, como pais, companheiros/maridos, ex-marido, filhos e netos. Os vizinhos também se solidarizaram nesse acolhimento.

Frícsia considerou a escuta como acolhimento inclusivo do pai para o cuidado de si: “[...] ele estava ali disposto a me ouvir [...]. porque meu pai chegou e perguntou: e aí, como foi lá⁵² [...] com aquele jeito alegre [...]”.

O acolhimento familiar no suporte financeiro foi ressaltado por Alamanda: seu ex-marido a olha com outros olhos após o cuidado de si, e ela pode contar com ele:

Domingo eu tava dura... Eu não sei o [...] que ele⁵³ foi fazer lá em [...] eu falei: “Ei velhinho no meio da rua! Ei velhinho! Pera aí, pera aí, pera aí!”. Ele se assustou. “Ô velhinho me dá dez conto pra eu comprar uma carninha ali. Dá? Me dá dez conto, me dá dez conto.” Aí ele virou pra mim, olhou assim. [...] Me dá dez conto, tá bom. [...]. Ele deu. [...]. E eu corri pro açougue! Corri pro açougue. Risadas. Que era pra comprar... Naquela época ele não dava, porque sabia que dezinho é pra ir⁵⁴ [...].

⁵² Referindo-se ao CAPS AD (CPTT), querendo saber como havia sido o dia de tratamento da filha.

⁵³ O ex-marido.

⁵⁴ Comprar *crack*.

O acolhimento como cuidado de vigilância foi indicado por Medinilas, ao comentar a atitude do marido: “[...] espera aí [...] que eu já venho. É logo ali, amor. [...] quando olho o [...] lá em baixo de perna cruzada. Ele falou: já vou ser atendido, espera que eu já estou indo. Quando eu olho lá pra dentro da casa da mulher, tá o [...] paradinho do meu lado”.

Esse cuidado-vigilância foi também destacado por Maravilha, ao narrar o diálogo com os filhos ainda pequenos: “Mãe, a senhora está indo aonde? [...]. ‘Vou na padaria’. ‘Não, deixa que eu vou para a senhora’. Às vezes eu deixo elas irem, mas às vezes eu falo: ‘Não, eu vou’. Quando eu olho pra elas, elas estão lá atrás de mim, uns três, quatro passos atrás de mim”. Os filhos, por vezes, estabelecem o limite por ela: “Se alguém chegar perto de mim elas já chegam junto. ‘Ó, minha mãe está fazendo tratamento’, elas mesmo falam, antes de eu abrir a boca já tem alguém falando por mim”.

O acolhimento na categoria de declaração afetiva de amor dos filhos no suporte às mulheres é fundamental, conforme indicou Medinilas, reproduzindo uma fala da filha: “Mãe, a senhora tá véia, a senhora já usou muito isso, ninguém nunca se ligou, ninguém nunca incomodou. Mas, mãe, se a senhora morrer, o que será de mim? Vou ficar sozinha, mãe? Faz isso não”. Verifica-se nesse ato de cuidado e amor que essa filha faz uma declaração de inclusão de útero quente e doçura, explicitado que, mesmo com problemas com bebida alcoólica, essa mãe é importante.

Essa maravilhosa investida amorosa mostra que, apesar de a mãe ainda não dar conta da “saída” ou da diminuição do consumo da substância psicoativa, a relação materna não se deteriora, mas se afirma, conferindo o *grounding* que a mãe ainda não tem para o cuidado de si. O zelo, o afeto positivo aqui enuncia a investida rumo ao caráter genital por parte dessa filha, além da investida na potência orgástica, ou seja, na capacidade de entrega ao outro, sem reservas. O acolhimento-limite da filha, funcionando como *grounding* para a mãe, foi retratado por Astromélias:

Dentro do ônibus [...] eu não vi [...] e ela me reconheceu [...] Aí falou “Bênção Mãe” [...]. Aí eu falei; “Quem é você?” [...]. “Mãe, a senhora não lembra de mim não?” Aí ela era a [...] eu falei [...] “Você não vai levantar pra me dar um abraço, não?” Aí ela falou assim: “Não, você está suja, não vou te dar abraço”. [...] Tava toda de branquinho [...]. Aí eu falei o que? Ela falou: “Você está suja”. Ela pegou só na minha mão, me deu beijo [...] me deu a mão.

O respeito da filha no reconhecimento da mãe é lindo. Apesar de não abraçar a “mãe suja”, ainda a reconhece no lugar de mãe. A referência para essa filha ainda está lá, indicada num cumprimento singelo: “Bênção, mãe”. Não abraçar não representa desdém ou nojo, mas um limite válido para essa mãe se rever.

Outro acolhimento-limite foi indicado por Medinilas, reproduzindo o discurso do neto, narrado pela filha:

“Mamãe, eu tenho vontade de abraçar minha vó, de beijar ela [...] mas eu [...] num posso porque minha vó tá fedendo muito...”, isso cortou meu coração. [...] Hoje em dia eu chego em casa, ele “Vovó, como é que foi o seu dia? Tudo bem?”, ele me abraça e vem. Porque eu faço o máximo de não dá a transparência de chega em casa com chero de álcool.

Os vizinhos também se mostram acolhedores, oferecendo *grounding*, segundo informou Alfazema: “[...] quando eu passo pela esposa dele⁵⁵ [...] ela me chama, [...] vem cá, senta aqui [...] quando você quiser conversar [...] Sei que sua mãe trabalha, você fica sozinha, o dia que você não quiser fazer almoço, chega aqui [...] A hora que for [...] o dia que for [...]”.

Esses relatos acolhedores indicam a família e os vizinhos como fundamentais e aliados no processo de cuidado das mulheres, com apostas positivas no sucesso do projeto abraçado pela usuária da substância psicoativa. Essa participação é necessária, pois a família, muito afetada, necessita da compreensão do processo de cuidado a fim de se engajar no trabalho sistêmico de reposicionamento do lugar de todos na relação familiar, e não somente do usuário de droga. A família é fundamental no tratamento, particularmente os filhos, que motivam as mães à busca de ajuda especializada (RIBEIRO, 2009).

⁵⁵ Do vizinho, dono do bar.

Como corroborou Alfazema: “[...] olha, muda tanto assim a nossa relação [...] o acompanhamento da família [...]”.

7.3.1.3.3 Uma Casa pra Morar, Recomeçar e, se Possível, Sonhar...

A inclusão habitacional foi destacada como fator do cuidado de si, conforme indicou Anêmona:

É pequeniníssima [...] ter o nosso lar é a coisa mais maravilhosa, não tem um móvel ainda, mas pra mim é como se fosse um palácio. Quando eu abro aquele cadeadozinho [...] estou entrando na minha casa pra descansar, sem ter ninguém pra interferir na minha [...] o que eu quero é acordar, eu quero chegar, eu quero lavar roupa, eu quero limpar minha casa, nem que eu tenha que trabalhar o dia todo.

Gás, fogão e um pedacinho de chão. Ter lugar, espaço, casa para morar e “recomeçar”, e se possível, sonhar. Recomeço. Sobrevivência. Casa, gás de cozinha, fogão. E um pouco de energia para fazer e esquentar o pão. Espaços esquecidos para quem “trocou” a casa que tinha pela morada nas ruas.

Casa-grounding no sentido concreto e real da vida. Piso, janelas, portas, telhado, espaço para habitar, para se conter, para se apaziguar e montar a estrutura básica de sobrevivência. Preencher-se com aspectos básicos da vida para perguntar-se sobre as inquietações maiores. Angústias. Dilacerações. E aí, sim, indagar do porquê de preencher as lacunas com a droga.

O valor do chão e do teto para zelar. *Grounding*, chão. Não só no sentido “abstrato”, mas concreto também. Limpar a casa, para Anêmona, parece com “lavar a alma”. Ocupar-se de tarefas diárias. Anêmona vivia em situação de rua. Mediante o tratamento conseguiu retomar alguns aspectos da vida e principalmente a importância do seu lugar. Para cuidar de seus pertences, roupas, comida. Aspectos possivelmente “esquecidos” de si mesma. Retomar essas “pequenas” grandes coisas, sem as quais não vivemos, é fundamental e tem imenso valor para ela própria.

Glícina destacou a passagem da condição de “situação de rua”, em uso de *crack*, para a aquisição de uma casa agenciada pelo poder público municipal: “Então lá é bom [...] tem sala, quarto, cozinha, área de serviço, banheiro... pra casal, sem ser casados né.”

O consumo de *crack* tem feito muitos usuários morar nas ruas, produzindo formas muito inquietantes desse consumo que convocam os setores públicos a respostas (LANCETTI; GARCIA, 2010). Entretanto, algumas delas parecem equivocadas, dentre elas, algumas ações dos poderes públicos de “retirada” dessas pessoas das ruas – por razões diversas, como a “sujeira” produzida, condições de higiene delicada e consumo a céu aberto – variam da higienização dos espaços públicos e comuns ao cuidado e preocupação com esses cidadãos. Em contrapartida, alguns sujeitos “preferem” as ruas a outros espaços, como os institucionais públicos e familiares, por inúmeros motivos.

Glícinia estava em situação de rua, apesar de ter familiares. Recusou-se a viver com os familiares porque perdeu tudo que tinha materialmente devido a questões de herança. Foi lesada. Depois de dois anos de vida nas ruas, num lugar específico, abordada insistentemente pelo poder público, foi beneficiada pelo poder público, mediante um aluguel social, para um lugar para morar.

Glicínia aponta um valor positivo à sua nova condição de ter lar adequado e digno para viver. Ter onde residir é uma medida de RD e de cidadania, com redução dos riscos da rua, das vulnerabilidades. Do frio, da chuva. Quem não quer um lugar para se aquecer numa noite de frio? E com vistas a esse novo lugar para morar, Glicínia já pensa em trabalhar, retomar a profissão.

A importância de ter casa, mas ao mesmo tempo a indecisão de onde residir foi comentada por Nenúfar: “[...] não devo alugar aqui, porque aqui é um bairro perigoso? Aqui é perto de boca, ou devo ficar aqui porque aqui é perto da minha irmã?”.

Mesmo se situando em risco, perto da boca, Nenúfar ainda prefere ter um familiar por perto, caso necessite de alguma coisa. Ela parece indicar a

necessidade do *grounding* alheio até construir o seu próprio. Ainda não se sente fortalecida, embora ressalte a intenção de ficar no próprio *grounding*, na sua autonomia emocional e habitacional, com vistas à construção da autorregulação e circulação libidinal.

7.3.1.3.4 Nos Caminhos da Fé, Deus, Religião e Igreja...

A inserção social mediada pela religião, fé e crença em Deus foi destacada como medida de suporte ao cuidado de si nos seguintes aspectos: frequência à igreja para suporte e manejo dos enfrentamentos e dificuldades do dia a dia, como suporte único para existência; rituais para afastamento da substância psicoativa; pressuposto básico messiânico de salvação.

A frequência na igreja como aliança no cuidado de si foi enunciada por Maravilha:

[...] hoje eu vou na Maranata, amanhã se eu quiser e meu coração pedir eu vou na Assembleia de Deus, porque não tem aquele negócio de vão vão vão pra fazer o gosto da [...] eu vou sim mas só se meu coração tocar. [...] mas ir todos os dias, não dá. Hoje mesmo é dia de eu frequentar a Quadrangular, porque eu estipulei com o senhor que toda quinta-feira, mesmo sem ter o dízimo [...] eu vou também [...].

Amamélis destacou a igreja como suporte e manejo dos enfrentamentos e dificuldades do dia a dia:

[...] e aí o Senhor revelou [...] na voz do pastor, que eu estava com uma ferida muito grande no coração [...] aí pedi o pastor, “será que dá [...] pra orar” [...]. Aí ele já sabia da situação, mas acho que ele não sabe da briga⁵⁶, mas ele sabe da minha situação. [...] fui chorando, e fui orando [...] ai dali a pouco o pastor começou a falar que começou o culto, ai pastor veio orar por mim, e falou “é minha filha, o inimigo tá querendo te parar, mas não deixa ele te parar não” [...].

Alamanda referenciou Deus como suporte único para a existência, pois: “[...] a única coisa que me mantém viva é a misericórdia de Deus”, pedindo clemência portanto, e enunciando, assim, significativamente a tênue esperança que a mantém viva.

⁵⁶ Entre ela e a irmã.

Mas ao mesmo tempo, Alamanda demonstra fé em outros rituais para afastamento da substância psicoativa: “Pé de mato não, uma coisa viva, um pé de virgem, põe o joelho debaixo dele, ora nele e pede a Deus. Ele também faz milagre, num vê planta que faz chá? [...] Então. Vai lá e se ajoelha e deixa essa cachaça pra lá [...]”.

Lembrando o suposto básico messiânico de Bion (1972), no qual se espera que uma ideia ou pessoa liberte o grupo de sentimentos indesejados, pela crença messiânica de alguém o tirar da dificuldade, Anêmona evidenciou a relação estabelecida com Deus. Ao mesmo tempo essa relação parece orgasticamente impotente e impedidora de sua circulação libidinal:

Ele (Deus) já tinha me tirado da terra do Egito [...]. O Egito é aquele inferno. [...] Egito é deserto, só areia, não tem nada. [...] geralmente as pessoas que vão pra Igreja, que tá na Bíblia isso, tem lá aquela parte do Jordão e de Jacó de Israel. [...] No meu modo de ver, sair do Egito é ir ao encontro, à sombra do Onipotente. É como se eu tivesse saído do sol muito quente do Egito e encontrado aquela árvore bem grande, e deixado uma sombra sem tormento, sem calor [...]. Sai daquela prostituição, meu irmão [...].

Esses fragmentos demarcam o quanto a religião ou a fé são procuras constantes na vida dessas mulheres e dos usuários de drogas de modo geral. Decerto a fé é terapêutica, mas há que se perguntar até que ponto não se substitui uma dependência por outra, ou indagar da utilização da religião como alienação, encoberta pelos discursos que corriqueiramente ouvimos nessa atenção e em outros espaços da vida – isso não é peculiar aos usuários de drogas, mas aos humanos de forma geral, afinal somos uma civilização também cristianizada – de achar que Deus resolverá todos os problemas e achará todas as soluções.

A questão problemática é a entrega total nessa relação de fé e a permanência em estase, buscando na fé ou em Deus outra saída mágica, tal qual a substância psicoativa, substituta para a droga como estratégia de alienação, por busca de soluções messiânicas, à espera de um “Messias Salvador” para tudo resolver magicamente e sem dor.

Além disso, o problema desse discurso religioso é a isenção da responsabilidade como sujeito da feitura e escrita das próprias histórias todos os dias. Responsabilizar-se pelas próprias ações é autonomia e um ato de liberdade cotidiana de ações.

Por outro lado, ter um espaço de fé, um ritual expansivo para seguir, uma rede solidária encontrada em estabelecimentos religiosos é extremamente salutar ao projeto terapêutico de vida desses usuários, conforme sinalizam os próprios textos da política de saúde brasileira nesse campo, ao destacar como um dos pontos do PTS a espiritualidade, ao lado do trabalho e da família, entre outros (BRASIL, 2004b).

7.3.1.3.5 Outros Usos do Dinheiro...

O cuidado de si favoreceu outros empregos do dinheiro além do uso da substância psicoativa: alimentação; pagamentos de encargos (água, luz, dentre outros.); e aquisição de bens materiais.

Alamanda foi quem mais compartilhou os diferentes empregos do dinheiro.

Para a alimentação: “Eu tava com vinte conto [...] pensei [...] eu vou comprar pedra, vou ficar doente e vou ficar sem água, ó Pai, não deixa eu ir não. Ai liguei logo pro homi da água, me traz um litro d'água aí, é sete reais, é vinte litros, comprei minha água, e vou comer um pastel [...]”.

Para os encargos das contas mensais: “[...] hoje [...] meu salário tá dando. [...] já pago água, pago luz, pago telefone, compro água, água do rio [...]. Que eu não posso com a água da caixa que ela tem remédio. Então eu tenho pra tudo e tem vez ainda sobra um trocadinho [...]”.

Para aquisição de um bem material: “Comprei uma linda de uma televisão daquela ali. [...]. O dinheiro que eu gastava na porcaria é da prestação. [...] Que

Deus me livre de eu querer usar. E nem posso mais porque o dinheiro que eu gastava já tá empregado”.

Alamanda situou outros usos do dinheiro antes voltado à compra de maconha:

[...] tá difícil, R\$ 25,00 agora uma bucha de maconha. [...] Menina que coisa horrorosa [...]. Meu salário não faz mais que uma [...]. Eu não posso pegar uma sacola dessas porque eu pago água, pago luz, pago telefone, pago remédio, olha o tanto de remédio e olha quanto remédio caro... Eu faço um lanchinho com pãozinho de queijo, sabe? Eu vou pra rua, e eu vou na [...] comprar aquele sapatinho baixinho, aquela sapatilha ali eu comprei, mas nem isso eu tô podendo fazer mais [...].

Saudade evidenciou a utilização do dinheiro para embelezamento feminino, em produtos de que as mulheres em geral gostam, em detrimento do consumo da droga:

[...] às vezes eu tava com dinheiro [...] comprava brinco, sandália, bobeira [...]. Minha mãe falava: gastou dinheiro com isso? [...]. Uai mãe, a senhora queria que eu comprasse o quê? [...]. Aí eu ficava com uma raiva. Poxa, se eu não comprasse essas coisas eu ia comprar pó.

Ao se utilizar o dinheiro noutra perspectiva, aposta-se na saída do caráter neurótico-droga para o funcionamento noutra nova relação. Esse substrato demarcado como valor de troca, o dinheiro, instrumentaliza uma relação de alívio e afrouxamento da couraça muscular, ensejando a aquisição de outro valor-cuidado para o sujeito, numa “nova” relação ética com a vida, na experimentação de “bem-estar”, muito distinta da priorização da substância psicoativa no uso do dinheiro, e na falta deste, julgando-se válido qualquer meio para sua obtenção.

Essas “pequenas” grandes mudanças parecem indicar interferências significativas na posição “subjetiva” dessas mulheres com a aquisição de novos repertórios e enredos para si, na qual há uma operação crítica, uma reflexão quanto à utilização e destinação do dinheiro, avançando da posição simbiótica objeto-sujeito para a posição sujeito-objeto, operando uma “conversa consigo mesmo” sobre o “significado” dessa utilização. Assim, operam-se diferença e heterogeneidade onde só existia simbiose-homogeneidade, para uma

circulação libidinal na qual o dinheiro traga “paz” e não dívidas com o tráfico e outras.

Portanto, demarca-se também uma inclusão social capitalista, qual seja, a monetária, pois sem dinheiro não se pode praticamente nada.

7.3.1.3.6 Solidariedade

A solidariedade como elemento inclusivo, numa função de suporte mútuo, de ajuda diante de uma necessidade, perda ou sofrimentos foi manifestada em diferentes espaços: no grupo de oração, no espaço do CAPS AD (CPTT) e no suporte aos familiares. Todas essas atitudes reportam ao útero quente.

Essa solidariedade se manifestou mediante as integrantes do grupo de oração da igreja, conforme destacou Alamanda: “[...] eu não tinha nada em casa [...]. Uma dava pra mim um pacote de arroz, outra me dava cinco conto, outra trazia o papel de café [...].”

No contexto de tratamento essa solidariedade se manifestou pelo acolhimento a Miosótis, que chegava ao CAPS AD (CPTT):

[...] o nome não, mas eu conheço a carinha de cada uma delas, todas elas têm um carinho muito grande por mim, elas chegam perto de mim bem na hora que eu estou precisando [...] aquele abraço assim aquele carinho, todas elas me deram, desde o dia que eu cheguei aqui.

A oferta de moradia e trabalho de Maravilha para Nenúfar foi evidenciada como suporte mútuo solidário: “Eu tava falando assim pra você vir morar comigo por um tempo [...]. Porque eu tenho uma barraca [...]. A gente pode montar ela e uma vez por semana eu mexo com unha e ela pode mexer com cabelo [...] aí fazia um dinheirinho”.

A solidariedade aos próprios familiares foi sinalizada por Maravilha numa atitude de socorro à irmã bem diferente da praticada por muitos familiares das

usuárias de drogas: “[...] Minha irmã ligou pra mim dizendo [...] que o marido descobriu que ele tem HIV e que estava internado [...] e eu fiquei sensibilizada com aquilo. [...] saí do meu serviço e fui pra o [...] dela, pra não deixar a peteca cair. [...] porque eu me coloco no lugar da pessoa”.

7.3.1.3.7 Sobrevivência

A sobrevivência como *grounding* material e fundamental para o cuidado de si, relacionada à inclusão financeira, foi manifestada como preocupação nos seguintes níveis: retirada do dinheiro da conta bancária e obtenção de novos rendimentos mensais.

Quanto à retirada do dinheiro da conta bancária, Alamanda, idosa e aposentada, para quem o dinheiro representa tranquilidade na velhice, indigna-se: “Nunca recebi nada além de um salariozinho, nunca me deram um reajuste, nunca aumentaram meu dinheirinho e agora no fim do ano me tiraram trinta reais. [...]. Do banco [...]. Sou pobre, doutora, ganho um salário. E a pessoa ainda me arranca”.

Quanto a novos rendimentos mensais para o auxílio nas despesas diárias, Alamanda tem algumas ideias: “Tem uma casinha em baixo [...]. Parada. É... Se fosse minha? Rum. Eu deixava de comer, juntava porta, juntava tudo e alugava”.

7.3.1.3.8 Autonomia

A autonomia, entendida aqui como capacidade e liberdade de ir e vir, consoante vontade e desejo próprios, exercendo a vida com responsabilidade, ou seja, liberto o sujeito da circularidade libidinal alheia e provido de regulação própria, foi ilustrada com a decisão a respeito do lugar onde ficar quando do

uso da substância psicoativa, na ida ao evento; no trabalho para sustento do aluguel e no ideal de autonomia a ser alcançada.

Ao se responsabilizar pelo consumo da substância psicoativa, Nigella demonstrou dignidade e discernimento:

Quando eu entrava naquilo, eu pensava bem assim, como é que eu vou ter coragem de enfrentar minha família desse jeito, de entrar na porta da minha casa pra dentro, meus pais, minha família, vão todos me ver desse jeito [...] aquilo ali acabava comigo. Quer saber de uma coisa: então eu vou ficar mesmo, vou fumar, uma hora eu vou morrer.

A autonomia se mostrou também na decisão de ir ao seu evento, quando Alfazema inaugurou sua circulação libidinal, revelando a saída da estase, com entrega de sua potência orgástica e quebra de idealizações familiares:

[...] eu estava ligada ao cordão umbilical da minha mãe [...] no recital [...] foi aí que eu percebi que eu tinha cortado ela [...]. Eu mesma falei: quer saber, eu consegui chegar até aqui [...] eu não tenho que ir lá por ela. Eu tenho que ir lá por mim. [...]. Eu falei, eu vou lá por mim.

Também se destacou a autonomia no *grounding*-pagamento do aluguel, como reportou Anêmona: “Eu preciso pagar o meu aluguel sem precisar do dinheiro da minha mãe [...] Cento e oitenta, é barato [...] levanto esse dinheiro”. Além disso, Anêmona evidenciou um ideal-metáfora de autonomia: “É só lembrar que o passarinho precisa de criar forças pra voar, se ele quiser, ele vai chegar no destino dele, então não precisa ter medo, é só criar asas e aprender a voar”.

Construir asas. Autonomia. Criar força e voar. Metaforicamente, a construção das asas aqui parece demonstrar a saída da substância, que acena com uma força mentirosa, mas que não ensina a voar. Ícaro, na mitologia grega, queria voar. Construiu o aparato, mas não imaginou que o calor do sol derreteria a cera que fixava as asas. Seu voo não tinha autonomia, tanto que parou pela metade.

Parece que o uso de droga confere certa autonomia provisória, falsa, que leva a alguns lugares, mas não adiante. A liberdade experimentada derrete-se no caminho, como a cola de Ícaro. A verdadeira autonomia passa pelo abandono

da substância-cola, pela constatação de que antes de voar, criar asas, é necessário aprender a andar com as próprias pernas, ter *grounding*, sustentar o corpo no manejo do vento e da gravidade.

Portanto a aquisição de autonomia indica um entrave grave na vida dessas mulheres, pois, em geral, sua vida financeira se desorganizou, seja pela perda do emprego (caso o tenham tido), seja pelas dívidas contraídas com o tráfico. Esse é um dos dilemas desses sujeitos.

Como fazer o *grounding*-financeiro, em situações de laços de codependência dos familiares ou do entorno? Como se nutrir do próprio sustento financeiro mediante renda própria, ou pela economia formal ou informal? Eis o desafio.

O trabalho do CAPS AD (CPTT), cujo conjunto de ofertas terapêuticas visa à reinserção social e à reabilitação psicossocial, potencializa a autonomia e a criação de novas dependências, sendo fundamentais muitas dependências na vida, pois isso nos solidifica e nos fortalece na relação com o outro num espaço ampliado de troca e não de dependência (KINOSHITA, 2001) que impeça a circulação libidinal. A dependência somente à substância psicoativa empobrece a vida. Ampliar o número de dependências, nesse sentido, é gerar novos contatos com outros aspectos da vida, como contato com novos espaços, novos lugares, novas pessoas.

7.3.1.3.9 Emprego e Trabalho

Para o exercício laboral, obtivemos duas posições das mulheres: de se considerarem orgasticamente potentes e impotentes para o trabalho, ressaltando-se os medos e receios da utilização do fruto desse exercício, o salário.

A potência orgástica laboral sobressaiu na fala de Glicínia: “[...] pra fazer os meus trabalhos [...] tem que melhorar meu braço [...]. Artesanato. Eu tenho muito, muito, muito a apresentar.” E Nenúfar comentou:

Eu vou trabalhar. [...] Então eu prefiro começar de baixo, eu vou ganhar menos, eu sei disso, é pelo bairro, então eu vou ganhar menos, mas não tem importancia, eu tô disposta a começar por baixo mesmo [...]. E eu vou subindo e subindo até eu chegar lá. [...]. Vou ajeitar minha vida, arrumar um cantinho [...].

A aposta no trabalho mediante exercício autônomo também contemplou a fala de Anêmona:

[...] eu posso me virar sozinha, posso pagar meu aluguel, posso fazer os meus bolinhos”. “[...] eu tenho uma coisa que dá certo, só tá faltando as oportunidades pra eu começar [...]. Pra eu começar, que é o fogão e encher de gás, aí eu posso me virar sozinha, posso pagar meu aluguel, posso fazer os meus bolinhos. [...]. Tipo *Cup Cake*.

A impotência orgástica para o trabalho foi demarcada por Miosótis: “[...] eu tô com emprego em vista, na hora que eu chegar lá eu começo a trabalhar, mas só que eu tenho medo [...]. De pegar o dinheiro e aí na hora...”. Campânula também se mostrou nessa situação:

Eu tô preocupada [...] com o trabalho. [...]. Já tão me ligando e eu não tô podendo ligar, aí eu já boto caraminhola na cabeça. [...]. Eu chegava no salão, tava fazendo a unha da cliente e acontecia isso. Nossa não podia fazer mais nada pra poder ir lá tomar uma. Aí chegava certa hora que, “ah vou embora, que eu já fiz minha unha!”. [...] Aí beber. [...] Aí no outro dia eu não tinha mais o serviço. [...]. Isso acabou com a minha vida.

Embora tenha indicado uma posição orgasticamente potente para o trabalho autônomo, Anemona também demonstrou impotência orgástica para lidar com o fruto do trabalho:

[...] eu tive uma recaída, mas foi uma recaída proposital. [...] eu quebrei meu orgulho de um jeito [...]. Eu fui vigiar carro junto com o⁵⁷ [...], eu nunca tinha feito isso na minha vida. [...] o dia todo no sol, mas eu tava trabalhando feliz rindo e pulando pra chegar no final do dia, ele⁵⁸ vir me atentar com a maldita [...] “você quer usar, a gente vai

⁵⁷ O companheiro.

⁵⁸ O companheiro.

usar, mas você nunca mais vai me ver”, aí eu fui usei com ele [...] correr para lá e pra cá, pra ganhar moedinha. [...]. Os quarentas reais... Imagina [...] quando chegasse o final do dia que [...] Ganha, ganha dinheiro.

Maravilha compartilhou a mesma dificuldade:

Eu pretendo arrumar um emprego, mas não agora, porque eu tô ainda meio [...] caidinha ainda, precisa de uns medicamentos ainda, me dá muita ansiedade, preciso parar com isso. [...] então se eu arrumar um emprego agora vai desestabilizar tudo.

O elemento trabalho – seguir as regras e as rotinas – significa não mais “deixar se levar” pelas rotinas do consumo da substância psicoativa, e em vez disso “apreender” rotinas laborais, muito diferentes das do consumo, embora em ambas as modalidades haja ritualidades e “hábitos”. E muito mais, abrir mão do impedimento da circulação libidinal, encorajada pelo endereçamento do próprio *grounding* a outrem.

O trabalho representa uma couraça muscular social para a sobrevivência. Corriqueiramente constroem-se na sociedade mentalidades acerca dos usuários de drogas que os retratam como sujeitos “malvistos” porque excluídos do enquadramento social da produção “certinha” com saldo e salário no fim do mês. Esses sujeitos rompem com a lógica habitual dessa sequência repetitiva e consolidada por padrões trabalhistas. Repetição e rotina, nesse aspecto, para esses usuários, relacionam-se a um “padrão de trabalho” compulsivo na relação com a substância. Em contrapartida, não adentrando na formalidade do trabalho dentre outras inserções sociais, destacamos o argumento de Carlos Henrique Escobar sobre a emergência de aspectos suscitados por esses sujeitos na relação com a substância psicoativa que a sociedade parece não querer os ver.⁵⁹

Por outro lado, não podemos excluir do debate em torno do emprego e trabalho a qualificação profissional, inserção social, ação intersetorial e em rede. Por exemplo, o debate em torno de inclusão-exclusão social alija do cenário a

⁵⁹ Anotações pessoais da conferência proferida por Carlos Henrique Escobar, na mesa redonda Conceitos de Dependência, no dia 6 de julho de 2000, por ocasião do 3º Seminário Internacional Sobre as Toxicomanias, no período de 5 a 8 de julho de 2000, no Rio de Janeiro.

compreensão da dinâmica da sociedade de classes. Portanto, essas mulheres que acessam o CAPS AD (CPTT), dentre outros serviços, são oriundas da classe trabalhadora e a inserção social pela via do trabalho se expressa na condição de trabalho precarizado e desprotegido.

7.3.1.3.10 Ampliação das Redes Relacionais e de Interação Social...

A ampliação das redes relacionais de relação e de interação social – novos espaços, lugares e sentidos para habitar e ocupar – esteve presente no campo cultural; em cursos de aperfeiçoamento e outros; na participação em eventos como protagonista; na execução de artesanatos; na participação em feiras temáticas; em visitas a acamados; na Academia Popular de Ginástica; e na própria inserção no CAPS AD (CPTT).

Essa ampliação evidencia a potência orgástica das mulheres na organização e reorganização dos tempos e espaços na vida, com novas funções, atividades e responsabilidades. E por outro lado, novas dependências, redes relacionais e de interação social. O cuidado de si expande-se, assim, do núcleo geográfico do tratamento para outros espaços sociais.

O alargamento das redes relacionais e de interação social manifestou o acesso à cultura, mesmo que restrita ao próprio CAPS AD (CPTT), na Oficina de Cultura, conforme destacou Pervinca: “Nós vamos pro cine depois. [...] Cine aqui mesmo no CPTT (risos). A gente vem pra cá, mostrar a beleza. O CPTT faz pelas mulheres que gostam e querem continuar enxergar pra frente”.

Portanto, a função primordial do CAPS, que é trabalhar na direção da (re) inserção social dos usuários (BRASIL, 2002) materializou-se, mesmo que apenas no espaço interno. A “ida” ao cinema propicia o contato com outras linguagens estéticas e outras qualidades de viagens, igualmente provisórias, mas dotadas de vivências de diferentes existências, num espaço mágico.

Outra ampliação das redes relacionais e de interação ocorreu mediante a inserção nos cursos na área de música, mediados pela Secretaria de Cultura e Turismo (SEMCT) da própria Prefeitura de Vitória, conforme indica Alfazema: “Eu faço violão. [...]. Vou fazer de novo violão. [...] Aham, e vou fazer teoria musical”. E em eventos culturais cujo protagonista musical foi Alfazema: “Vai ter o recital [...] no teatro [...]. Vai ser dia [...] às dezenove horas, entrada franca. [...]. Meu recital de violão”.

Esse dado mostra a amplificação da atenção psicossocial a outro ponto da RAPS, com acesso a outros pontos de serviços governamentais, que não somente os serviços de saúde e de reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2011b), no caso a SEMCT de Vitória, com a expansão do PTS de Alfazema para um projeto de vida.

Outra expansão da rede concretizou-se nos artesanatos, em aprendizado e capacitação promovidos na Oficina de Artesanato e Geração de Renda do CAPS AD (CPTT), a cuja logomarca vincula-se o *slogan* “Compartilhando Sonhos”.⁶⁰ A inclusão nessas oficinas propiciou a Alfazema o ingresso no mercado profissional, com aquisição de sua carteira de artesã e na formalização como microempresendedora, com direito a encomendas. Compartilhou Alfazema:

[...] eu tô com um tapete atrasado porque tá muito em cima e a gente tá tendo ensaio direto [...]. Tem semanas já que eu não vou pro mercado⁶¹ porque não tava liberando, pra gente ensaiar, porque a aula minha é na quinta, só que eu tenho ensaio na terça [...] guirlanda. [...]. Eu amo fazer, nossa [...] Nada, o tear também não dá trabalho, agora [...] eu faço assim assistindo televisão, depois eu fecho [...] e tá perfeita.

⁶⁰ Esse nome, escolhido pelos próprios usuários do serviço, no contexto da Oficina de Geração de Renda, é a marca, a etiqueta dos produtos produzidos pelos usuários nessa atividade. Essa atividade congrega tanto homens quanto mulheres em tratamento na instituição.

⁶¹ Referência ao Mercado da Vila Rubim, em Vitória, que conta com loja de serviços da SEMASI, do município de Vitória, na qual um espaço era reservado ao Compartilhando Sonhos, da Oficina de Geração de Renda do CAPS AD (CPTT). Demarca-se aqui mais um ponto da RAPS, numa articulação de intersetorialidade. Alfazema tinha a responsabilidade de organizar e vender os produtos produzidos pela Oficina durante alguns dias da semana, fazendo essa atividade parte de seu PTS.

A expansão da rede relacional foi evidenciada ainda pela participação em feiras temáticas anuais em Vitória, no estande do CAPS AD (CPTT) da Oficina Geração de Renda: “[...] trabalhei bastante na Feira do Verde, trabalhei quase todos os dias [...]”, declarou Alfazema.

A ampliação da rede relacional e social expressa por visitas a pessoas doentes, levando algum conforto compareceu na iniciativa de Alamanda. Descoberta que faz para si, no contexto do seu próprio cuidado, e que pode compartilhar com os outros, em sua potência orgástica: “Visitar homem doente [...]. Visitar os acamados, visitar hospital [...]. A gente foi visitar um irmão de uma lá que tava [...]. Quando eu tava lá no vício não ia”.

A inserção na academia popular do bairro com a mediação do CAPS AD (CPTT) na avaliação física e médica, e o encaminhamento para a atividade de musculação, como parte do PTS, marcou mais um ponto de ampliação da rede de interação social, conforme indicou Maravilha: “[...] ontem eu fui pra academia [...]. Eu e a filha da dela,⁶² tamo fazendo juntinha. [...]. Musculação pra criar massa”.

Isso demonstra igualmente mais um ponto de uso da rede de serviços, numa intersetorialidade com a SEMESP de Vitória, para além de um equipamento de um serviço de saúde, na conceituação de tratamento, mas do cuidado de si ampliado para uma dimensão prazerosa na promoção da saúde.

A inserção no próprio CAPS AD (CPTT) destacou-se como mais um elemento ampliador das redes, quando o encontro com outras pessoas produz ressonância e útero quente, minimizando a solidão, como disse Alamanda:

Aí eu vim por CPTT, então pra aquelas leituras, literatura, aquelas aulas, aquela lida, jornal [...] a minha terapeuta, todas me ajudaram, porque eu vivia sem conversar com ninguém, eu só conversava com drogado e noiado, então hoje em dia eu tenho a senhora⁶³ pra conversar.

⁶² Uma participante do Grupo de Mulheres também em tratamento no CAPS AD (CPTT).

⁶³ Referindo-se a uma das coordenadoras do Grupo de Mulheres.

Esses indicativos consolidam a importância do projeto terapêutico do CAPS, na sua função de (re) inserção social, com vistas à autonomia dos usuários para além da relação com as substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). E confirmam o que preconiza a RAPS na sua linha de reabilitação psicossocial composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, bem como ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e de outras drogas. Trata-se de iniciativas que devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011b).

A ampliação da rede relacional e dos pontos da RAPS reafirma, portanto, que a vida não começa e não termina no CAPS e muito menos se pode “solicitar” isso desse dispositivo. O CAPS é e deve ser um lugar provisório e de passagem. Por isso, o trabalho em rede é fundamental para o acionamento dos demais dispositivos territoriais para essa causa. Não se pode e não se deve esperar tudo do CAPS, espaço que não se dispõe à onipotência, lugar de passagem, provisório para alguns para que se repotencializem e sigam as suas vidas. Caso contrário, trafegamos na contramão da proposta desse dispositivo, operando na lógica manicomial da eternização em espaços de cuidados, mantendo o sujeito a distância e alheio à realidade que precisa ser enfrentada e vivida.

7.3.1.3.11 Cidadania

Entendendo cidadania⁶⁴ como a arte da reivindicação, da politização humana no sentido da conversa, troca, discussão para a construção de saídas para problemas coletivos, o sentimento de pertencimento do sujeito à coletividade que circula no exercício dos seus de direitos e deveres, observamos que esse exercício apareceu no contexto do CAPS AD (CPTT) mediante a expressão de opiniões e reivindicações.

Alfazema destacou que, mediante a sua expressão no espaço coletivo, logrou sair da couraça muscular-droga, em prol de sua circulação libidinal:

Na assembleia. Falava na assembleia. [...]. Eu não lembro quando foi que eu falei: de hoje em diante eu vou dizer, é, bom dia, seja bem vinda, e vou continuar com os meus. [...]. Às vezes o que eu não conseguia expressar aqui [...] saía daqui e corria pra bebida. [...] porque aconteceu isso, bebi porque aconteceu isso e isso.

Maravilha comentou a importância das decisões do processo de cuidado do serviço com a participação dos usuários:

Na próxima assembleia que a gente tiver a gente vai requerer os lápis, porque estão faltando lápis, canetinhas, porque a gente faz aula de literatura e então a gente tem de escrever. Às vezes falta a ponta do lápis e cadê o apontador? [...]. Porque não tem apontador, não tem borracha.

Destacam-se nesses fragmentos a construção e o exercício da expressão, da cidadania, da reivindicação, do aprendizado de direitos e deveres. Mostra como os CAPSs, dispositivos emblemáticos da reforma psiquiátrica brasileira, pautada num caráter político não partidário, mas de contestação e escritura da própria história, da negociação, do exercício da cidadania, da (re)inserção social, têm tarefa além do cuidado medicamentoso.

Requerer, reivindicar e exercitar a cidadania presumem aprendizado do exercício de ser cidadão, brasileiro, mulher e gente, que se dá no contexto do

⁶⁴ Cidadania se refere a *status* jurídico e político mediante o qual o cidadão adquire direitos civis, políticos e sociais; e deveres (pagar impostos, votar, cumprir as leis) relativos a uma coletividade política, além da possibilidade de participar na vida coletiva do Estado (CARVALHO, 2003).

tratamento no CAPS AD, mas também em todos os setores e lugares da vida. E nesse sentido, o CAPS AD (CPTT) cumpre a sua tarefa de reabilitação e reinserção social, agenciando no seu espaço de cuidado e atenção a atividade de assembleia mensal, como preconizado pelos documentos e portarias da área (BRASIL, 2004b).

Portanto, as ofertas terapêuticas e o exercício da cidadania nos espaços de cuidado configuram dispositivos fundamentais na revirada das ressignificações para as mulheres. Explicita-se tal aspecto na importância desse aprendizado para aplicá-lo em outros setores da vida. Além disso, essas assembleias, como atividade no CAPS, mostram que o serviço cumpre o seu papel de reinserção social, bem como do exercício da cidadania (BRASIL, 2004b).

7.3.1.4 Papéis Femininos

Papéis femininos são atribuições historicamente designadas às mulheres, marcadamente de mãe, cuidadora, mulher e trabalhadora (RAGO, 1997). Esses papéis, neste estudo, destacaram-se no momento de gestação, sobretudo na combinação gestação-droga; mãe cuidadora, em duas situações – de rompimento e de afirmação histórica desse papel designado a mulheres; na afetividade das mulheres; e na condição de cuidadora e trabalhadora, evidenciando sobrecarga e acúmulo de papéis.

Destacamos as preocupações das mulheres com a conjugação gestação-droga no ato de gerar a nova vida. Contou Betônica: “Minha colega [...] falou: “Ai eu tô doida pra fumar um”. [...] falei com ela, “vai fumar não, que você tá aí ó, pra ganhar neném a qualquer momento”. [...] na hora que ela deu uma [...] ela [...] caiu. Nisso que ela caiu, o neném começou a sair [...]”.

As mulheres em geral reagiram a essa combinação manifestando: “Eu acho uma tristeza”; “Eu acho o cúmulo do absurdo, isso não é vida pra ninguém”; “Eu não desejo isso nem pra inimigo meu”.

Frícsia confirmou o uso de droga durante a gestação: "Já usava droga [...] quando tava gestante. Só não usava *crack*". Ela destacou a ausência de ressonância nesse momento ímpar: "[...] eu com aquele barrigão, minha barriga ficou linda, aquela barriga pequenininha, pontudinha, e isso eu não aproveitei".

A preocupação com o nascimento do bebê foi indicada por Variegada: "[...] se fosse pra ele nascer com alguma sequela que Ele⁶⁵ me levasse e desse meu filho [...] na hora que ele foi nascer as primeiras coisas, que eu olhei foram os dedinhos, os pezinhos, tudo. Ele era perfeito. Perfeito".

As aflições pelo parto e pelos momentos subsequentes foram igualmente destacadas por Nenúfar: "[...] eu achei que nós dois fôssemos morrer no parto [...] eu achava assim que quando eu tava usando, eu ia ter alguma crise e nós dois ia morrer".

Apesar de toda a dependência da substância psicoativa, existem nuances de discernimento quanto às consequências para o bebê durante a gestação e amamentação. Nenúfar parece consciente da ausência completa de *grounding* para sanar a sua dependência, mas pelo bebê solicitou ajuda também para si, reafirmando que muitas mulheres procuram tratamento para o seu uso de drogas, quando em gestação (WHO, 2014).

Nessa ressonância com o bebê, Nenúfar, num ato de cuidado e defesa da vida de quem habita o seu ventre, numa atitude útero quente, declarou:

Eu que me entreguei, eu cheguei pra assistente social e falei, olha eu tô usando [...]. Mas eu não falei pra médica, eu tinha medo de falar pra médica e a médica falar pra assistente social e a assistente social tirar o bebê de mim. [...] eu falei, pra salvar meu filho [...]. Elas iam botar ele no meu peito pra amamentar. [...] eu já sabia que eu não poderia. [...]. Dói, dói muito, muito, muito, muito mesmo.

O uso de *crack* por mulheres traz os desdobramentos atuais da questão mulher, gestação e droga, bem como a mediação do Conselho Tutelar na guarda dos bebês, mediante as determinações legais do Estatuto da Criança e

⁶⁵ Deus.

do Adolescente na proteção em situações de risco e vulnerabilidade da criança (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2009), no caso, do bebê recém-nascido, como ilustra o comentário de Nenúfar: “Menino, a coisa mais linda. [...]. Tá no conselho tutelar [...]”.

Gestação e droga não combinam. No período de gestação o consumo de substâncias psicoativas causa interferências no feto e no processo de desenvolvimento fetal. Isso tanto se refere ao uso de álcool, causando a Síndrome Fetal do Alcoolismo (SFA), quanto ao consumo do *crack*, acarretando distúrbios neurológicos (NIDA, 2013).

A OMS tem demonstrado preocupação com essa temática, observando-se a ampliação das pesquisas e publicações sobre alcoolismo. As pesquisas sobre o alcoolismo feminino têm sido incentivadas, tanto das estatísticas do consumo e repercussões na saúde da mulher quanto da gestação e das repercussões na saúde fetal causadoras da SFA (MENDES; CUNHA; NOGUEIRA, 2011; WHO, 2014).

Entretanto, há uma forte insistência dessas mulheres nessa combinação, afinal são dependentes da substância psicoativa, que não pode ser suprimida de uma hora para outra. Porém observa-se nos relatos o mal-estar dessas mulheres ao se perceberem sem forças para “segurar a sua onda” e causarem, com o consumo da droga, prejuízos aos bebês em formação – amamentação, a prematuridade no parto, dentre outras situações clínicas – que podem comprometer a vida inteira desses seres humanos (NIDA, 2013). É o que diz Nenúfar: “Não pude amamentar, porque o meu sangue tava contaminado [...]. Mas ele ficou vinte e dois dias no hospital pra poder limpar o sangue dele [...]”.

Esses acontecimentos remetem à revisão do papel de mãe, pois essa articulação mãe-gestação-*crack*, em particular, pode culpabilizar essas mulheres pela utilização da substância. O tratamento é possibilidade de se cuidar e “retomar” a guarda dos filhos.

A mediação do Conselho Tutelar judicializa os afetos, mas ao mesmo tempo garante proteção às crianças, significando o tratamento no CAPS AD (CPTT) a possibilidade de retomar a guarda do filho, como indicou Nenúfar:

Três vezes na semana, só que agora eu não tô indo porque eu tô aqui, mas elas ficaram felizes de saber que eu tô aqui porque pelo menos procurando [...]. Ficar bem, até mesmo pra ele⁶⁶ me perdoar né... Que eu só fiz... Eu sei que eu não fiz certo”, “[...] é só eu fazer o tratamento e me recuperar que eles⁶⁷ vão me devolver meu filho [...].

Esse dado reafirma a procura de tratamento pelo encaminhamento judicial ou pela perda da guarda dos filhos em função do consumo de substâncias psicoativas. Ainda que o tratamento se determine, em princípio, pela obrigatoriedade, o acolhimento, a vinculação e o manejo transferencial podem trazer dados significativos para o processo de cuidado das mulheres e o estabelecimento de um projeto terapêutico de vida. Ao mesmo tempo confirma que muitas mulheres se dirigem ao tratamento por motivações externas, como o medo de perder os filhos, a imposição judicial, ou a preocupação com o olhar crítico do outro (COHEN *et al*, 2007; RIBEIRO, 2009).

Destaca-se que tais eventos angustiam essas mulheres, como aconteceu a Nenúfar:

Eu quero saber, isso⁶⁸ é de vez? Vai tirar meu nome, sobrenome? “[...] se você deixa o bebê lá durante três meses, a mãe perde o direito de ficar com o bebê?”; “Eu quero os dois. Eu perguntei: o [...] que eu faço pra poder ter os dois⁶⁹?” “Você vai ter que parar de usar. Eu: “Tá bom, eu paro de usar, eu paro de usar” [...] eu queria ele⁷⁰ pra mim, como eu quero [...].

Olívio e Graczyk (2011) referem que o uso de drogas, especificamente o *crack*, pode indicar um valor de culpabilização materna pelo risco de produzir dependência tanto para o feto como para o recém-nascido. Isso acarreta uma

⁶⁶ O filho bebê.

⁶⁷ O Conselho Tutelar.

⁶⁸ A perda da guarda do seu filho ainda bebê.

⁶⁹ Os dois filhos que tem.

⁷⁰ O bebê.

compreensão dualista dessa culpabilização, sobretudo quando decorrente da naturalização da probabilidade de a mulher gerar e desenvolver uma vida, bem como da possibilidade de querer gerar e responsabilizar-se por ela, levando ao discurso do instinto materno. Esse instinto decorre de uma construção social e histórica de manutenção e reprodução da dominação-exploração das mulheres, posto que reitera uma condição desigual e inferior à dos homens, relegando, concreta e simbolicamente, papéis femininos inatos.

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal (BADINTER, 1985, p. 20).

Essa concepção naturalizada da condição feminina materna instintiva congrega, portanto, valores morais de boa mãe e de mãe anormal, que conseqüentemente compreendem o binômio mãe-bebê como vínculo nato de ambos, nas situações de uso de drogas na gestação, especificamente do *crack*. A questão precisa receber intervenção profissional sem os preconceitos das concepções naturalizadas a puérperas usuárias de *crack*, merecendo, especificamente na saúde, análises aprofundadas do fenômeno do consumo de drogas e suas interfaces com a maternidade, ultrapassando os limites do senso comum, da moralização e da culpabilização individual das mulheres (restritas às funções maternas), considerando o significado social dado à maternidade e a dependência de drogas (OLÍVIO; GRACZYK, 2011).

A condição de mãe cuidadora evidenciada pelo rompimento dos paradigmas da condição materna instintual de “boa mãe” foi destacada por novos modos de cuidar, de ser mãe, de acordo com o que compartilhou Nenúfar, porém impeditiva da circulação libidinal de ambos – mãe e filho – reforçando a couraça caracterial e muscular do consumo de drogas:

Peguei cem reais, dei na mão dele,⁷¹ e falei: “vai lá e compra uma carga”, uma carga é cem reais. Aí ele falou assim: “a senhora vai vender mãe?” [...]. “Vou vender não, eu vou usar junto com você, você não quer, nós vamos usar”. [...] Aí foi a ruína, foi o fundo do poço, nós fomos pra rua, nós mendigamos, nós fomos morar em abrigo, nós fomos morar em albergue. [...] Perdi tudo, tudo, tudo, tudo. [...]. Chegamos a dormir na quadra, eu grávida com barrigão. Dormimos em baixo de uma marquise.

Essas atitudes atuaram em ressonância e provocaram nas próprias mulheres indagações, como a de Alamanda: “Hoje eu vou ficar com uma pergunta, uma pergunta para mim mesma e para todos vocês, acho que nem São Jorge explica. Mas que amor é esse de uma mãe que larga tudo pra morar na rua com o filho. [...] Que amor é esse?”.

E as réplicas, conforme situou Nenúfar:

[...] a mãe, age sempre pela emoção [...]. o filho é meu eu vou cuidar, é culpa sentimento de culpa, eu devo ter feito alguma coisa errada, por isso que meu filho tá assim. Então, absorve o problema e quer ficar junto porque quer solucionar o problema. Mas no caso não soluciona [...] ué eu achava que era só eu fazendo isso, tem mais gente fazendo isso. É, pode ter sido por amor ao meu filho, porque eu amo meu filho demais é, achar que eu estou protegendo ele e pode ter sido também uma desculpa, para no caso, estar usando junto [...].

Amor-couraça que aperta mais e não expande. Amor enviesado, que só se afunda na droga e não ajuda. Codependência. Amor de mãe também é droga? Depende. Se for expansivo, na direção do caráter genital, não. Se for amor que contrai e impede, na direção do caráter neurótico, sim. Com esse fragmento, observamos a condição feminina da maternagem um pouco “às avessas”. Nenúfar parece romper com todas as idealizações do lugar materno de proteção e imprimir proteção a esse filho, a seu modo, demarcando o rompimento dos “modelos” de mãe e da idealização da forma-fôrma-mãe histórica e socialmente construída. Nenúfar inventou “outra” forma de maternidade. Questionável ou não, inventou.

Outro rompimento da mãe-modelo foi levado a efeito por Centáurea, nem por não ser um “modelo” de mãe esperado por um filho, ela deixa de ser mãe. E o

⁷¹ O filho.

filho a reconvoca para o seu lugar de mãe cuidadora, reivindicando um útero quente, ressonância.

[...] um menino de dezessete anos, cabeça boa, [...] O tráfico podia estar adotando meu filho. [...]. O tráfico adotou a mãe dele. E ele não admitiu que adotou a mãe dele. [...] eu deixei o tráfico adotar, me adotar. [...]. Ele, mãe, tô estudando, tô me esforçando, quero o bem do meu irmão, quero o bem do meu pai, e você nessa situação, subindo o morro, magrela, feia, horrorosa [...]. Usando essa porra dentro de casa, fazendo meu irmão ficar gripado, pegando uma pneumonia. [...]. Ele tinha vergonha de mim, quando eu passava na rua, ele tava na rua, eu bebendo o quê, cachaça, com a perna aberta, pra tirar fissura. Que vergonha pra ele. [...] ele já tava tão estafado, tão esgotado, que ele reprovou ano passado por minha culpa. [...]. Foi o meu estresse que passei pra ele. Ele pra ele tá [...] segundo ano, segundo grau [...]. Depois eu entendi que ele tava sofrendo, demais. [...] Pedia socorro, socorro, eu tô pedindo socorro pela minha mãe inclusive, ou por mim mesmo. [...] vou pedir perdão pro meu filho.

Ainda nesse rompimento do papel de mãe-cuidadora, destacamos relatos de que os filhos estavam sob cuidados de algum familiar, por exemplo, “com a minha mãe”, conforme indicou Nigella.

A condição histórica de mãe-cuidadora foi reafirmada com a retomada do cuidado dos filhos por meio da execução e do acompanhamento de tarefas conjuntas, limites, respeito e autoridade, conforme sinalizou Maravilha:

[...] eu não tinha presença, agora eu estou tendo [...] Fiz junto com ela.⁷² [...] Ficou linda a maquete. Eu também ajudei a fazer com cola e durex [...] Mãe, posso ali brincar um pouquinho? Pode! Uma hora essa brincadeira [...] Mãe já deu uma hora? [...] Toda hora fica perguntando [...] eu estou tendo autoridade que eu não tinha antes.

Essa posição histórica da mulher-cuidadora da casa no zelo pelo lar foi indicada por Medinilas: “Tá bom filha, pode deixar que eu vou fazer a janta, pode assistir televisão que a janta fica por minha conta.” Contudo, essa função, historicamente protagonizada pela mulher, fica comprometida pelo uso da substância, devendo um substituí-la nessas tarefas, como indicou Medinilas: “Quando eu tomo alguma coisa: O que é que tem pra janta aí?”

⁷² A filha.

Ainda nessa condição de mãe-cuidadora reafirmada historicamente como referência e exemplo, destaca-se a preocupação enunciada por Gérbera: “[...] eu não tava acostumada a beber... não quero isso pros meus filhos”. E também: “E eu vivo com o objetivo de acabar. Não quero mostrar isso pros meus filhos, dar esse exemplo pros meus filhos, não quero isso pros meus filhos”.

A condição de trabalhadora evidenciada pela sobrecarga de trabalho no lar, marcada pela diversidade dos papéis femininos (cuidadora, faxineira, cozinheira, mãe e mulher) foi destacada, agregada ao cuidado de si no tratamento no CAPS AD (CPTT), por Maravilha:

Porque eu sou do lar, sou pai, mãe e empregada, sou os três ao mesmo tempo. [...] Eu sou a mãe, eu era ausente, mas agora estou presente. [...] mas eu faço minhas atividades, faço café, lavo o banheiro, tomo meu banho e venho pra o CPTT. [...] e às 13h eu estava em casa fazendo almoço e tive de ir lá fazer uma inscrição pra minha filha [...].

Ainda nessa condição trabalhadora, essa sobrecarga dos vários papéis da mulher na atualidade foi compartilhada por Nenúfar, até mesmo como possibilidade de estabelecimento de uma couraça muscular droga-dependência para alívio do peso:

[...] agora as mulheres trabalham fora, ela chega em casa, ela tem que fazer comida, ela tem que dar atenção pro marido, [...] para os filhos, e isso [...] está ficando um vulcão na cabeça da gente e tem hora que ela pira, piro. [...] onde a gente, as mais fracas [...] tentam fugir [...] umas vão pra igreja, outras [...] têm dinheiro pra fazer terapia. [...]. Então, eu acho que sobrecarregou a mulher. Então ela vai e foge. E começou o que: na bebida. Vou tomar uma cerveja pra eu relaxar né, que eu estou cansada, é todo dia a mesma coisa e ninguém ajuda. Principalmente na minha casa que era só homem, são três homens, ninguém me ajudava e eu ainda tinha o salão. [...] eu acho que eu cansei, então eu tive um cansaço físico e mental e juntou com os outros problemas do meu filho né e aí pra mim foi uma fuga [...] quando eu estava naquela viagem eu tava anestesiada, eu tava nem aí pra casa, filho, marido, porque sua autoestima fica baixa, você não se olha no espelho, porque você não quer ver seu marido.

Nenúfar traz os desafios e os problemas da mulher contemporânea, aspectos favoráveis à produção das dependências de substâncias na mulher. Perante as convocações desse tempo acirra-se o conflito entre viver na expectativa dos

estereótipos femininos tradicionais e atender as demandas atuais e sociais. Esse conflito põe em ação a ansiedade que pode ocasionar o uso de drogas sem finalidade médica (WECHSBERG *et al.* , 2004).

Conforme salienta Fausto (2002), essas atividades no âmbito doméstico e da reprodução social da família estiveram sob o encargo das mulheres e, com a sua inserção no mercado de trabalho, sobrecarregaram-nas, com dupla e tripla jornada de trabalho.

A despeito de todas as mudanças e transformações vividas pelas mulheres, ainda se apresentam essas condições. Isso demonstra cada vez mais a necessidade de produzir conhecimentos sobre o espaço reservado à mulher, às tarefas domésticas e à segregação social e política que têm acarretado sua invisibilidade como sujeito e como elemento para a ciência (LOURO, 1999).

Quanto ao papel feminino-mulher-afeto compareceram questões sobre sexualidade, amor, as preocupações de ter ou não companheiro e de estar só.

No tocante à sexualidade compareceram constatações de imperfeição dessa curva orgástica, conforme indicou Anis: “Não sei, pra mim já faz oito anos já”. Ou então como sinalizou Beladona: “Eu também não sei, comigo tem cinco meses que eu não vejo”. E também Miosótis: “Deus me livre fazer amor com meu marido”. E a realização dessa curva orgástica, mesmo esporádica, indicada por Alamanda: “Eu de vez em quando eu pego uns [...]”.

Quanto a ter alguém para amar, dividir a vida, as opiniões fluturaram entre ter alguém e não ter ninguém, principalmente se o companheiro tiver problemas como os seus.

A necessidade de um companheiro foi destacada por Betônica: “Que eu tô assim carente, precisando de uma pessoa.” Entretanto, precisar parece indicar a necessidade de que alguém exerça a função de *grounding* para si. Já “querer” aponta para o desejo de compartilhar a vida sem perder o *grounding* e a circulação libidinal.

“Fui lá e comprei a aliança [...] Ele foi atrás de mim”, são as declarações de Anêmona, reafirmando querer alguém para dividir a vida. Evidencia-se a aliança como compromisso e o “atrás de mim” como o mito do príncipe encantado arraigado ao universo feminino. Ela quer um príncipe para salvá-la do uso do *crack*. Esse dividir a vida, portanto, parece comprometido, pois indica o impedimento da circulação libidinal de Anêmona, quando encarrega o outro de seu *grounding*.

A condição de não querer dividir a vida, sobretudo com alguém com problema similar, foi enunciada por Alamanda: “[...] a pessoa que tá nessa situação não pode ter um relacionamento com outra pessoa que tem o mesmo problema [...]”. E reforçada por Alfazema: “[...] daqui de dentro⁷³ [...] pode ser a pessoa mais linda do mundo, a mais adorável, a mais amável, posso estar convivendo com ela um ano aqui dentro, mas eu não quero [...]”.

A dificuldade de dividir a vida com companheiro de problema afim foi evidenciada por Anêmona, parecendo indicar a premência da retomada de sua circulação libidinal e potência orgástica:

[...] as coisas do lado dele⁷⁴ pra mim tem sido muito mais difícil do que se eu estivesse sozinha [...] Eu não quero não. [...]. Hoje, eu tomei um tapa na cara hoje de manhã. [...]. Ele me xingou eu falei que era a mãe dele, ele me deu um tapa na cara antes de eu desviar. [...]. Então, eu já saí de um relacionamento assim então eu não quero continuar. [...] Já tomei três pontos na cabeça. Ah foi outro cara. [...] E eu penso que é meio exagerado, [...] eu prefiro ficar sozinha. Sozinha é melhor pra mim [...] não recebo tanto xingamento, eu já sai [...] tortura psicológica anos atrás. [...]. A facilidade de ficar usando junto, mas se for pra viver assim é o que eu tava falando é melhor eu entrar num puteiro virar prostituta, porque pelo menos, eu nunca recebo uma porrada, nunca recebo um xingamento e ainda recebo por isso, embora não seja a saída mais correta. [...]. Eu nunca tomei um tapa na cara, eu nunca recebi nenhum xingamento. [...]. Não quero, falei que eu só volto lá pra pegar minha roupa.[...] O cara que só pensa em droga [...]. Eu não conhecia esse lado, tudo que tem é pra droga, a cesta básica é pra droga. [...] Quero ir embora.

Esse relato de Anêmona reafirma que a dependência de drogas pode prejudicar gravemente o desempenho do indivíduo como pai, cônjuge e

⁷³ CAPS AD (CPTT).

⁷⁴ Companheiro também usuário de drogas.

parceiro e provocar a violência doméstica (WHO, 2014). O papel do companheiro como incentivador por ser igualmente dependente do consumo de substâncias acarreta a ausência de *grounding* para as mulheres, contrariamente aos homens, que quando enfrentam problemas similares contam com as esposas ou companheiras como suporte e incentivo familiar significativo.

A condição de preferir não ter alguém foi ressaltada por Beladona: “E eu escolhi não ter [...]” e por Pervinca: “[...] não tenho ninguém, a não ser minha vida [...]”. Se, por um lado, vivemos em rede e em sociedade, saber que se tem a si próprio, a própria vida, pode ser um ato solitário, e ao mesmo tempo o elemento mais terapêutico a seguir. Poder contar consigo mesmo, com a sua direção, com o seu desejo, sem que isso se torne desespero, mas potência. Contar consigo mesmo é ato potente.

Todavia, sabemos que estar só, solitário, remonta às vivências que tivemos, que pelos nossos atos também afastamos as pessoas, familiares, que não suportaram o nosso excesso. Estar só tem também que ser entendido como responsabilidade nossa por essa produção de ausência de ligação, de rede. O desafio reside em como desmontar esse lugar e inventar outros, menos solitários e em conexão com o mundo.

Os movimentos são construídos passo a passo pelas mulheres. Porém, como vimos, são construídos mediante a relação com o outro. Se até aqui destacamos os movimentos expansivos para o cuidado de si na reinvenção da vida, a seguir enfatizaremos os movimentos de contração coexistentes com aqueles no processo de cuidado de si.

7.3.2 Movimentos de Contração no Cuidado de Si

Denominamos movimentos de contração aqueles que não reafirmam o cuidado de si das mulheres no seu reposicionamento perante as substâncias

psicoativas e noutros setores da vida. Nesse campo, incluímos tanto os movimentos dos “outros” (familiar, profissional, social...) no confronto do processo de cuidado das mulheres quanto as ações das próprias mulheres contrárias a si mesmas.

No olhar dos outros em relação ao cuidado de si compareceram aspectos como a exclusão social, familiar e no CAPS AD (CPTT), descrédito na mudança e no tratamento e codependência. Quanto à própria mulher, compareceram movimentos de situações de risco e vulnerabilidades como exposições indevidas, sexo por droga, violência e tentativa de suicídio.

7.3.2.1 Exclusão Social e Familiar

A exclusão social compareceu de diferentes formas como estigmas e estereótipos, afastamento, repúdio, preconceito e humilhação, todas enunciativas da peste emocional e reforçadoras da couraça caracterial e muscular do caráter neurótico do uso de drogas.

A exclusão do convívio social por estigmas e estereótipos foi elucidada por Alfazema: “[...] lá na rua, você estando em uso ou não, as pessoas nunca vão falar assim: Nossa, olha lá aquele menino que largou as drogas. Não, falam assim: Olha lá aquele drogado [...]”.

A configuração excludente-duvidosa, apostando no fracasso, foi dita por Maravilha: “É verdade, eles ficam criticando, falando: ‘não dou um mês pra você’”.

O formato excludente-pejorativo-depreciativo foi indicado por Medinilas: “[...] o pessoal lá da rua onde eu moro também ficavam assim comigo, agora que pararam, eles ficavam falando: A lá, lá vai ela... Ôhhh pé inchado! Quer ir tomar uma?”.

O desenho excludente-negativo foi destacado por Astromélias:

[...] a mulher levou um susto [...] e não me deu o copo de água. [...]. Falei assim: [...] me desculpe, mas não precisa ter medo de mim não. Eu assumo que eu sou dependente química, eu fumo *crack*. Mas eu não estou aqui pra roubar, não estou aqui pra bater na senhora, não estou aqui pra fazer nada, eu sou ser humano igual à senhora, na minha veia corre sangue igual corre na da senhora, eu só tenho um vício [...] que trai que é o *crack*, mas eu só queria um copo d'água, a senhora pode me dar um copo d'água? Não, não, não [...].

A forma excludente-solitária-humilhante foi enunciada por Alamanda na igreja, lugar que “deveria” ser de útero quente e ressonância, revela-se como útero frio, de peste emocional e caráter neurótico: “[...] olhar assim pro lado e ver que você tá sozinha naquele banco, o povo tudo não quer sentar perto de você”. [...] a coisa é a humilhação, doutora”.

Destaca-se a exclusão social igualmente entre os próprios usuários de drogas, pela atitude de afastamento numa exclusão social psicotrópica, conforme destacou Pervina: “[...] até nesse mundo de droga [...] enquanto você tem droga, tá ali um monte, acabou seu dinheiro, acabou sua droga [...]” E também: “[...] quando você precisa, não aparece ninguém, nem mesmo os seus parceiros de cachimbo, de lata e de copo”.

A expressão “o pessoal do mundo das drogas” evidencia uma cisão, ou seja, a divisão entre um mundo das drogas e outro sem drogas, como se duas sociedades convivessem paralelamente sem se encontrarem. Hiatos sem pontes possíveis entre quem usa a substância psicoativa e quem não a usa.

Entretanto o mundo é somente um, embora marcado por inúmeras diversidades, diferenças, segregações e distorções. As substâncias psicoativas fazem parte do mundo em que habitamos, constituindo uma vinculação ao longo do processo da humanidade (TOTUGUI, 1998).

A reflexão primordial parece girar em torno de como essa produção discursiva sobre a droga é feita, e a quem interessa esse uso, dada a diversidade de uso:

o usuário que a usa, o narcotráfico que a vende e os locais de tratamento dessa questão, conforme destacou Freda:

A prática com a qual somos confrontados, longe de ser um produto, é na realidade produzida. É de fato a produção dos dois discursos que determina um objeto exterior ao sujeito, onde ele se acha prisioneiro. Eis um tipo de alienação. Alienação que, longe de ser constituída do sujeito, comanda uma prática onde a palavra adquire uma função de signo sobre a tela muda do código médio-penal. É a partir desse ponto que a toxicomania é um produto social, não enquanto o suposto sintoma seria mostrado, mas porque ele é o produto de um sistema que sustenta um outro. Aí se apóia a fórmula: o toxicômano é um produto da droga, onde o toxicômano é um signo que remete a um outro signo para justificar a razão de ser do segundo. Estamos então sob o império de um discurso causalista onde a causalidade externa é o único fator que nomeia ou desliga. A função da causa, longe de ser psíquica, é somente a doutrina estímulo resposta que supõe necessariamente um resultado. Resultado que serve para explicar a utilização de um discurso (FREDA, 1981, p. 2).

Se se verifica a dependência dessas substâncias, concretamente se está falhando em outros níveis de empreendimento social, ao nível coletivo, como posiciona Rotelli (1992), pois os projetos de sociedade disponíveis não são mais sedutores do que os circuitos químicos.

O que fazer? É óbvio: ser mais sedutores que a drogas, saber desencadear circuitos de ampliação não-químicos, concorrentes. Sabe-se muito bem o que deveria ser feito: espaços, âmbitos, lugares, pessoas, grupos, instituições inventadas, associações, iniciativas, ter capacidade de uma discussão pedagógica fortemente centrada nos sujeitos, com uma grande sedução ético-estético-operativa. E o que chamamos de empreendimento social. Lugares bem no interior do viver concreto, o praticamente verdadeiro dos valores, da produção, da cooperação, do trabalho reparador, do valor cultural, da imagem-vídeo, do mundo informático, da auto-valorização, da história do trabalho humano, da música, da comunicação não-repetitiva, do fazer qualidade da quantidade, fugir da institucionalização total da experiência da coisa-coisa. Pois, o que a droga é senão "a coisa, a caricatural, espetacular, auto-irônica e trágica dependência da 'coisa' (a inércia, o prático inerte, a repetição sartriana)? A identificação na 'coisa'" (ROTELLI, 1992, p. 71).

Verificamos diferentes formas de exclusão familiar nesse convívio, como práticas manicomiais e prisionais e de violência, práticas de humilhação, formas de se reportar às mulheres, de calúnia (celular e noia), de tarefas em datas festivas (Natal), todas reforçadoras da couraça muscular e da peste emocional.

No tocante às práticas manicomialis-prisionais, reforçadoras da couraça muscular da droga e da peste emocional, destaca-se o seguinte episódio que retrata a atitude de um pai perante a filha, Gérbera: “[...] me levou lá pra dentro do quarto [...]. E acorrentou. A corrente [...] dava pra ir no quarto, no banheiro, na sala. [...]. Cárcere privado”.

Quanto às práticas prisionais com revista do corpo, sobressai o seguinte trecho ainda na fala de Gérbera:

[...] ele⁷⁵ me mandava subir, pra minha mãe me revistar, pra ver se eu tava com droga [...] dentro de casa [...]. Eu mesma tirava a roupa pra minha mãe dentro do banheiro. [...] Eu não sou boba [...] eu já sabia que ele [...] ia mandar me revistar [...] então eu não vou trazer droga pra cá [...]. Eu escondia em algum lugar no meio da rua, depois passava [...] e pegava.

Ainda na prática-prisional, temos a revista-escolta-baculejo, conforme indicou Pervinca:

[...] lá em casa eu só andava com escolta atrás, quando eu saía, tinha um baculejo [...], se eu demorasse no banheiro, o que você está fazendo aí? [...] Toma banho de porta aberta [...] mas muitas vezes ele não achava, [...] eu dava um jeito antes, mas eu me tornava altamente inconfiável mesmo, não era eu que queria, era a droga que levantava em mim e eu não conseguia ver nada.

Esses relatos apontam para um maior enrijecimento das couraças musculares e prisões corporais e relacionais, indicadores de que a palavra não ocupa mais um lugar de mediação, de interlocução, de diálogo, de expressão das diferenças. A contenção passa a ser a vigília do corpo – poder disciplinar, corpos dóceis (FOUCAULT, 2004). Só que o poder sempre deixa escapes, e a pessoa que faz uso das substâncias encontra saídas, tanto que Gérbera antecipa-se, antes de chegar em casa, dispensando a substância, pois sabe que será “revistada”.

A pergunta que fica é: quem engana quem, nesse emaranhado de confusões? Essas práticas não expandem a vida e a potência orgástica em nenhum dos lados – familiar e mulher – muito menos a vida em qualquer outra dimensão.

⁷⁵ O pai.

Apenas produz estado de “alerta”, de vigília, instaurando impotência orgástica de ambos os lados. Tais atitudes familiares podem ainda indicar um pedido de socorro, entretanto remetem à retraumatização e, principalmente, ao enrijecimento da couraça caracterial e muscular de todos os envolvidos.

“Conter, trancar, fechar” não é ato de cuidado para o consumo de drogas e sequer para crises de abstinência das substâncias psicoativas, consumo exacerbado ou fissura. É recurso invalidado, porque ninguém segura ninguém. Nesse sentido, a pergunta é: como dar contorno a uma questão que convoca inúmeras solicitações para quem está por perto, no caso, o familiar? Como dar o suporte e a ajuda no cuidado para que tais situações não se transformem, de aspectos de cuidados de saúde, em casos de polícia ou internação desnecessária?

Inferimos ainda que acontecimentos dessa estirpe reproduzem a lógica manicomial, prisional, compulsória (AMARANTE, 1994; 1996; 2007). Em contrapartida parece demonstrar um ato extremo da família diante de uma questão que não sabe como resolver, possivelmente num emaranhado de repetições do uso da substância por Gérbera. Dessa maneira todos estão em estase, num empobrecimento do diálogo, da conversa, da possibilidade de encontrar saídas de outra forma que não a violência intrafamiliar. Além disso, toda a responsabilidade pelo mal-estar é atribuída a um dos integrantes da família – no caso, a filha usuária.

Por conseguinte, reafirma-se a barbárie, a ultrapassagem das palavras rumo à contenção à força, como se a força pudesse pôr fim à experiência insatisfatória. Nesse sentido, cabe uma analogia com a exacerbção de uma couraça, com sua intensificação, sem oportunidade de afrouxamento e expansão, numa consolidação crescente, o que culmina com sua cristalização. Num território sem negociação, sem busca de outras saídas para os problemas, parece haver “aceite” de Gérbera quanto à forma de ser tratada, na qual sua circulação libidinal fica impedida e confiscada.

Esses contrainvestimentos familiares às tentativas de Gérbera de conduzir a vida de outra forma – afinal, está em tratamento e medicada – parecem indicar cansaço e exaustão familiares. Portanto, o trabalho familiar é de fundamental importância, tendo em vista o conhecimento e a informação para a abordagem dessas questões, da mesma forma que Reich tratava a sexualidade nos espaços da SEXPOL.

O episódio relacionado à Gérbera reitera o preconceito social no nível micro, no nível da família nuclear, mostrando a força de construções históricas do sofrimento humano. Para as mulheres, o suporte familiar ou de amigos está ausente, muito diferente do que se passa com os homens, que ganham o apoio e o incentivo tanto da família quanto dos amigos para o tratamento ou para a busca da abstinência. Nesse sentido, as mulheres sofrem com a sensação ou o sentimento de pouco apoio, situação entendida pela negação ou a vergonha que a família sente do comportamento dessa integrante, ou pelo extremo cansaço experimentado pela família diante das situações sem limite e abusivas relacionadas à dependência, ou mesmo porque o consumo de drogas gerou fatos conflitivos, acarretando distanciamentos, quebras e cortes na relação familiar (TURNER *et al.*, 1998; GRELLA; JOSHI, 1999; BRIENZA; STEIN, 2002; DAVIS *et al.*, 2002; WALTER *et al.*, 2003).

A exclusão familiar se estende a campos externos ao ambiente doméstico, explicitada quando um desses familiares adota na igreja uma prática humilhante, conforme destacou Amamélis:

[...] eu fiz jejum domingo o dia todo [...] chegou de noite na minha igreja foi a santa ceia, ele⁷⁶ tava dividindo as porçõeszinhas, na hora que chegou onde eu estava sentada ele passou o pão pra outro que tava na minha frente e olhou pra minha cara. Quem é ele pra me julgar?

A exclusão familiar dentro de casa foi lembrada por Amamélis: “[...] família só entre eles, sabe, ela, minha irmã e meu cunhado. Igual ontem, cheguei em

⁷⁶ O cunhado.

casa, lá já tinha chegado do serviço e tava os três arrumando a árvore de natal, eu não fiquei participando de nada, tava ali entre eles”.

Gérbera associa o tratamento recebido de seus pais a uma dimensão moral, ligada à promiscuidade e preconceituosa de se tratar as pessoas em sofrimento psíquico decorrente do consumo de substâncias psicoativas: “Chegou, vagabunda? [...]. Virou mania eles chegar e falar assim comigo, a minha mãe e meu pai, chegou, sua vagabunda? Começa a me xingar, me chamar de drogada [...]”.

A exclusão também foi sentida no contexto do cuidado no CAPS AD (CPTT), na constestação da atitude-limite útero quente de um profissional, porque compreendida como medida útero frio, enunciada por Gérbera:

Ele⁷⁷ falou [...]: “cadê a declaração [...]?”. “Eu não fui na creche não”. [...] usar droga⁷⁸ [...] meu mal é esse [...] me abrir com você e você me mandar embora. Tem tanta gente que usa e vem pra cá drogado ainda [...] que passa batido [...]. Ele falou: [...] “você vai ficar até segunda-feira sem vir. Não é punição, é pra refletir o que você fez. Não foi pelo uso da droga, foi pela mentira”.

7.3.2.2 Descrédito na Mudança e no Tratamento

O descrédito, tanto da mudança das mulheres quanto do tratamento encampado por elas, evidenciou a desconfiança por parte dos profissionais e familiares.

Quanto ao descrédito profissional na mudança e no tratamento, Alfazema retrata a abordagem útero frio de um profissional na reafirmação da couraça caracterial e muscular do consumo da droga:

⁷⁷ Um dos profissionais do CAPS AD (CPTT), na função de plantonista do dia.

⁷⁸ Informando ao profissional o motivo de não ter ido à creche.

[...] e aí como é que você tá?”, falei “Tô bem.” Aí, ela, é tô vendo que você continua bebendo né? Eu falei “Não.”, aí ela “Tá bebendo sim”, aí eu falei “Não”, e ela “Para de mentir pra mim, cê tá bebendo sim, eu em, tô sentindo o cheiro daqui.” [...] Aí bati o pé... [...] eu falei “Num tô, num tô, doutora [...]” Aí... aí a, ela falou assim “Ah tá, então foi alguém que passou aqui, sendo que só tem nós duas, com cheiro de álcool, aqui, né, só tem eu e você aqui.” Falei “Doutora [...] num so eu. Num tô bebendo há muito tempo.” Aí, [...] chegou, ela falou bem assim “É, [...] essa menina tá mentido com a cara mais deslavada, falando que num tá bebendo. Eu tô sentindo cheiro de álcool aqui.”, aí a [...] “Eu que acabei de limpar isso tudo aqui com álcool”, aí eu falei “Tá vendo doutora [...], “então o cheiro ficou espalhado.” Pois é..., falei “Eu num minto não.” [...] Nossa, foi horrível porque... ela como uma doutora... assim, ela até tem razão... ela entende das coisas. Ela tava o sentindo cheiro, eu não tava sentindo o cheiro, e ela temendo que era eu. É aquele negócio, a gente fica, é fica rotulado né... Ela teimando que era eu, eu tava me defendendo, então, [...]. Eu já tava que nem aqueles que são forçado a assinar uma confissão? Eu já tava quase falando “Tá, sou eu, então”, de tanto que ela falava num mente, ficou insistindo, e ela começou a ficar mais nervosa.

O descrédito familiar da mudança ensejou uma atitude duvidosa quanto à índole das mulheres, situada por Nigella quando compartilhou o seu desconforto:

[...] lá em casa todo mundo me esconde tudo, então aquilo ali me machuca, tipo assim, igual o celular do meu sobrinho sumiu, ele já veio me perguntar se eu não tinha pegado pra trocar na boquinha. [...]. Ele falou [...] Tia [...] a senhora me perdoa? [...] ele pegou e me mostrou. O meu avô tinha guardado.”; “Se sumir um grão de arroz lá em casa, é eu. [...]. É a noia aqui”. “[...] minha própria família não confia em mim, eu vou é pra rua, se eu danar e morrer eles me enterram.

“É isso mesmo, doutora. As pessoas não acreditam que pode mudar [...]”, foi o enunciado de Alamanda, reafirmando essa tendência.

Sem desconsiderar a dor e o sofrimento causados por essas situações, não podemos deixar de evidenciar que os episódios destacados são relatados como se a vida não tivesse nem mão e nem contramão, e numa postura de vitimização. As mulheres, na maioria das vezes, falam dos fatos como meras espectadoras da história, e não como coprodutoras das relações sociais e familiares.

Inferimos a partir daí que não há circulação libidinal efetiva. É sempre o outro que faz alguma coisa, e o sujeito do relato não se situa como protagonista de suas histórias rumo à sua autorregulação, saúde e potência orgástica.

Por isso, é tão importante o trabalho sistêmico familiar, dada a insuficiência da mudança da mulher na relação com a substância psicoativa e nas demais relações. A mudança tem que vir também do outro, para a forma como se vê. Isso favorece o processo dessa mudança. A ausência da confiança, da ressonância na relação familiar, remete, sobretudo a inúmeras “promessas” certamente feitas pelas mulheres aos familiares. Promessas para a eternidade, “não vou nunca mais”, que remetem ao fracasso, quando não se consegue o *grounding* para tais juras e promissões. Nunca, sempre, jamais são palavras que afirmam certezas para a eternidade, num tempo presente em que não se sabe o que acontecerá adiante, numa vida de imprevisibilidades transformada a cada momento pelas paisagens existenciais. Vida em que só se percebem com clareza dois momentos certos: nascimento e morte, finitude.

Quanto ao descrédito familiar no tratamento, Gérbera comentou uma atitude de útero frio: “[...] o meu marido [...] ele não me dá aquela força [...]”. Maravilha corroborou essa ausência de útero quente e a ocorrência de peste emocional:

[...] parece que as pessoas têm de fazer valer a desgraça dos outros, ao invés de estender a mão e ajudar, não, a pessoa é mais capaz de empurrar, até a própria família. Minha irmã é evangélica que tava me dando uma força e falou: Não ajuda, não ajuda, porque Deus vai pesar a mão da sua vida. Ela vai ter de passar por isso sozinha, isso me entristeceu muito. Porque eu estava trabalhando quando eu tive a recaída [...].

O descrédito familiar foi igualmente indicado por Frícsia, ao se referir a uma aposta na fatalidade, no encouraçamento, na estase e, principalmente, na concepção de que o tratamento identifica-se com a abstinência, mediante um critério moral, dual: “[...] a maneira que minha mãe falou: nossa, não sei pra que que você vai voltar, não está resolvendo nada”. [...]. “Você não vai mais pra esse CPTT, não está resolvendo nada, que que você vai fazer lá?”

Assim, esse mar de detalhes e aspectos devem ser considerados no intento de ultrapassarmos as frustrações. A própria PAIUAD salienta que uma das primeiras facetas do tratamento é aquilo que o sujeito busca: abstinência ou somente reduzir o seu consumo (BRASIL, 2003). Esse é o ponto de partida, o pontapé inicial para a construção de um projeto terapêutico, projeto de vida a

ser encampado. Descuidando dessa premissa para avaliação do que é êxito ou fracasso no tratamento, sempre avaliaremos a situação equivocadamente.

Se a abstinência for considerada como única possibilidade de êxito, a avaliação pode constatar um emaranhado de insucessos, desconsiderando-se as peculiaridades e especificidades dessa temática e clínica, e, principalmente, a “escolha” e a autonomia do sujeito sobre o que quer para si.

Evidencia-se, portanto, a ausência de participação familiar dessas mulheres no processo de tratamento, acarretando exclusão da família, dificuldades e acirramentos de conflitos no convívio, com represálias e cobranças. Essas formas não expandem em nada a vida.

A ausência de referência (marcada pela fala de Gérbera, desorientada pela forma como os familiares se organizam ou lidam com ela) aponta para ambientes familiares confusos e tensos, marcados por cobranças e tumultos que geram muitos encouraçamentos desde cedo, marcas que vão se constituindo no caráter neurótico reichiano, nas marcas emocionais-afetivas-sociais que vão nos organizando para lidarmos com as solitações da vida, como elementos de sobrevivência (as couraças), podendo uma delas ser a substância psicoativa, considerando, é óbvio, todo o triângulo básico para o seu consumo.

De acordo com Brasiliano (2003), a presença familiar é fundamental, justificando-se o trabalho sistêmico familiar pela necessidade do reposicionamento de todos nessa situação, e não somente da usuária da substância psicoativa. Os estudos na área recomendam esse envolvimento e o trabalho cotidiano nessa clínica também nos dá esse aprendizado fundamental.

7.3.2.3 Codependência

Codependência ou cegueira familiar (STERNSCHUSS; ANGEL, 1991) significa a mistura simbiótica, sem circulação libidinal, à rede do uso do familiar usuário, sem dela conseguir sair, exceto por tratamento conjunto também e por orientações no tratamento do usuário por uma equipe de trabalho multiprofissional.

Ressaltando que a codependência estabelece a impotência orgástica para todos e reafirma a couraça caracterial e muscular para o consumo de droga, verificamos as culpabilizações, o pagamento de dívidas, a compra da droga e a perda da autoridade.

“Seu pai tá doente, cê tá matando seu pai [...]”, contou Saudade. “[...] já foram muitas vezes no morro pra me buscar, já pagaram muita dívida, compartilhou Nigella.” A minha mãe [...]. Sabe o que ela faz quando ela quer que eu não saia? Ela mesma vai lá, compra⁷⁹ [...]”, disse Astromélias. “[...] mãe, a senhora não tem moral de falar nada comigo, de me corrigir, ou de me proibir de ficar na rua”, destacou Miosótis.

O desespero da mãe de Astromélias para evitar o consumo de *crack* pela filha parece indicar um “juízo de valor” diferenciador das substâncias álcool e *crack*, elegendo o álcool como RD, por um lado, ao corroborá-lo como droga lícita, que se bebe junto, com característica de sociabilidade (MASUR, 1984), ao contrário do *crack*. Porém, apesar de todas as provocações e reflexões que o consumo de *crack* vem trazendo, a respeito da desterritorialização dos “padrões de uso das substâncias ilícitas” que normalmente são consumidas “às escondidas”, o consumo de *crack*, com as “cracolândias” grandes ou pequenas, em rede e a céu aberto, o álcool é uma droga lícita cujo uso se faz seguir de consequências danosas, e a que mais mata em acidentes de trânsito (UNDOC, 2013).

A codependência marcada pelo pagamento da dívida dos usuários junto ao tráfico ilustra o cansaço familiar e o medo da perda do usuário, bem como das

⁷⁹ Bebida alcoólica para a Astromélias visando evitar e impedir o consumo de *crack*.

reverberações que a “dívida por droga” não paga para o restante da família. Além disso, é um terreno movediço que gera “desresponsabilização” da mulher pelo ato, pelo *grounding* e pela própria potência orgástica.

7.3.2.4 Vulnerabilidades e Riscos

Nesse item mostramos como a própria mulher pode boicotar o seu processo de cuidado, assumindo uma situação de risco e vulnerabilidade. Essas situações exemplificam-se pela venda de objetos alheios, sexo em troca de droga, violência, abuso, exposições indevidas e tentativa de suicídio.

A venda de objetos foi enunciada por Anêmona: “Eu já vendi tanta coisa. [...]. O porteiro ligou pra ela⁸⁰ e falou vem que tem alguém dentro do apartamento, ela foi lá três horas da manhã não tinha nem copo mais, tinha levado tudo. [...] Ela tem os motivos dela para estar assim, com certeza [...]”.

A troca de sexo por droga foi relatada por Pervinca:

[...] você vai fazer coisa que até o diabo duvida. Porque eu já fiz muito [...]. Então era lá que eu ficava com os homem, entendeu? Às vezes ele nem me dá o dinheiro, me dá pedra pra mim fumar. [...], aí eu ficava com eles, mas aí quando eu me dava por si, que eu chegava na minha casa eu me sentia podre, a mulher mais imunda. [...]. Eu tomava um banho [...], mas não saía aquela sujeira, aquela, porque... Entendeu? Aquilo fica na sua mente, por causa de *crack*.

E por Anêmona:

Minha família toda ali no [...], eu em pleno meio dia, sol quente, com aquelas roupinhas toda coisa, fazendo programa com qualquer pessoa, com qualquer sujeito que, com dez, quinze, vinte, trinta, cinquenta, até cem reais, até cinco [...] na hora da contagem, e não queria saber de preservativo, a gente não quer saber, com qualquer trocado [...]. Se a pessoa estiver instigada, e o homem falar assim eu sou soropositivo, mas você só vai ficar, se você ficar comigo sem preservativo, ela troca.

⁸⁰ A mãe.

Os relatos de Pervinca e Anêmona, que corroboram a preocupação com o uso de *crack* por mulheres, têm como um dos principais fatores de vulnerabilidade a infecção pelo vírus da HIV, pois a prostituição sem camisinha tem valor de barganha para aquisição da droga. Além disso, o uso de cachimbos caseiros favorece a vulnerabilidade, causando feridas que aumentam o risco de contaminação mediante o sexo oral conjugado com o preconceito do uso de drogas por mulheres, dificultando a acessibilidade aos serviços de saúde (CEBRID, 2004).

Por outro lado, suscita a reflexão quanto à afirmação de que o fenômeno sexo-por-*crack* surge por falha moral, julgamento pobre, socialização inadequada ou depravação das mulheres, argumento que atribui a causa de um problema social aos afetados por tal problema, ignorando as forças sociais que atuam para sua existência (RARTNER, 1993).

A exposição à violência remete tanto a confusões quanto à tragicomicidade do episódio, chegando ao *nonsense* do Teatro do Absurdo,⁸¹ numa situação de desacato à autoridade compartilhada por Alamanda:

Já virei carro da polícia na curva do [...] Fica boa na hora, aí fui cheguei ali na curva do [...] eu vi que eles iam me levar, rindo os dois sabe. [...]. Ele puxou o revólver, aí aglomerou de gente, né porque essas coisas basta a polícia virar, com uma presa dentro, o motorista morrendo, aí encheu de gente pra olhar, ele não me matou por causa, [...]. Do público. [...] mas ele pegou assim, ó, devagar, ô doutora fez assim ó TAN [...]. Na minha cabeça, olha aqui o rombo [...]. Naquela hora eu nem notei, não vi mais nada, quando eu acordei eu tava no hospital [...], onde estavam os mortos, durinha, em baixo de um lençol branco, e o camarada já ia preparar pra enterrar eu viva. [...]. Tinha um morto assim, outro assim, e eu tava lá em baixo daquele lençol branco, [...] que eu tava morta né, quer dizer que ele ia enterrar eu viva, aí quando eu comecei a me mexer assim, que eu acordei, ahhh mas que grito que eu dei, ah mas que carreira que o enfermeiro deu. (risos) [...]. Que eu tô fazendo aqui. [...]. E os mortos lá, e eu em baixo da coberta, pelada. [...] Ele⁸² deu⁸³ pra matar, eles são muito mau os policial.

⁸¹ Teatro do Absurdo é a designação criada, em 1961, pelo crítico húngaro Martin Esslin (1918-2002), para sintetizar uma definição que agrupasse as obras de dramaturgos de diversos países que tinham como centro de sua obra o tratamento inusitado de aspectos inesperados da vida humana. São alguns dramaturgos desse gênero: o escritor romeno Eugène Ionesco (1909 - 1994), o irlandês Samuel Beckett (1906 - 1989), o russo Arthur Adamov (1908 - 1970), o inglês Harold Pinter (1930-2008), o espanhol Fernando Arrabal (1932), o francês Jean Genet (1910-1986) e o estadunidense Edward Albee (1928) (ESSLIN, 1980).

⁸² O policial.

As situações de exposições indevidas marcadas pela violência foram situadas por Nigella, num episódio no qual ela não ficou em seu *grounding*. “Aí sem querer mandei ele⁸⁴ tomar no cu. Aí ele ‘o que?’. E eu ‘isso mesmo que você ouviu’. [...] Eu não vi o negócio na mão dele. Quando eu vi ele já foi, atirou”.

Ou quando Nenúfar comentou, saindo da ressonância consigo mesma, perdendo-se na circulação libidinal alheia:

Eu fiz amizade com um menino do movimento, que o bar fechou e eu só vi que eu estava com medo de ir para casa ficar sozinha. Então eu cheguei nos meninos, sentei e falei “ae, os meninos, eu vou fazer companhia para vocês aqui hoje”. Olha o perigo! [...] Esse menino deve ter uns 17 anos. E ele já está como gerente. Aí fomos para a casa dele, fumei. [...] aí, a minha pressão baixou. Eu vou deitar aqui... ô menino, [...] não mexe comigo não”. [...] no que eu dormi eu acordo com o menino me beijando [...] eu estava colocando minha cabeça a prêmio. Numa dessas eu poderia ser estuprada, eu não fui porque eu acordei [...]”. Aí eu falei “mas nós estamos trancados”, e ele “nós estamos trancados, mas não esquenta a cabeça não, que depois daqui a pouco ele⁸⁵ vem aí para pegar a situação”, “menino, aqui dentro tem droga?”, “não, não é aqui dentro não, é num esconderijo. Você está me perguntando demais!”. [...]. “Que eu já estou meio desconfiado de você do lado de cá. [...]. Aí eu já fiquei na minha, pensei “ôh, agora ele vai ficar nervoso comigo” [...] quando a ficha caiu, eu falei “Meu Deus, o que eu estou fazendo aqui”. “Esse cara agora vai querer fazer sexo comigo, eu não vou querer, porque eu não quero, porque eu estou fechada para balanço.

A vulnerabilidade e o risco de exposição indevida em estado de gestação são comentados por Nenúfar: “Lá é assim, tá em guerra. [...]. É a boca [...]. É uma escadaria que você sobe, sobe, sobe, sobe, sobe, quando você chega lá em cima: O que é isso menino? [...]. A senhora não tá mais em condição de ficar subindo escada não, tia [...]”.

Outra exposição indevida foi enunciada por Lilás, que perdeu também o seu amor, num episódio posterior a esse do consumo de uma noite, revelando uma situação útero quente do seu companheiro, em meio ao risco.

⁸³ A coronhada.

⁸⁴ O vizinho.

⁸⁵ Outro integrante do “movimento”.

Eu cheirei as cinco carga dele, no outro dia sabe o que ele fez, os meninos foi chamar ele lá em casa. E aí, conseguiu vender as cargas? Não vendi não. Na hora que ele pegou as cargas em cima do telhado pra olhar, cadê as cargas? Ele olhou pra minha cara. Eu abaixei a cabeça e eu tava virada que eu não tinha dormido ainda. Ele perguntou: você dormiu [...]? Dormi não, então pera aí. “Ô [...] não tem, cheirei tudo”. [...] depois ele foi lá dentro de casa e falou: o que que você fez [...]? Quase que você me mata, o cara ia fazer reunião pra conversar comigo [...] nossa se o cara me matar por causa disso... Nossa, ele ficou doidinho dentro de casa. [...]. Ele quase morreu no meu lugar, mas também ele não deixou que acontecesse nada comigo. [...]. Eu penso que eu tenho que parar, eu podia estar matando os outros por causa disso. [...] Aí [...] voltou e matou ele. Porque [...] falou que ia pegar qualquer um que estivesse na boca. Ia matar qualquer um, nesse dia só estava eu e ele, entendeu? [...]. Eu fiquei assim bolada, o cara podia morrer no meu lugar, eu que fiz a putaria.

O tratamento é vulnerável, subsistindo as situações de risco pela falta de *grounding* e pelo encaminhamento alternativo da pressão dos problemas.

A dependência num caráter neurótico psicotrópico de alienação de si desconecta o sujeito e engendra situações de risco. Para Lilás, a noção do risco parece comparecer após o episódio. Na fissura, na voracidade do uso, parece não haver “racionalidade”.

A situação de abuso-violência foi destacada por Alamanda, num episódio que evidencia a sua desconexão do fato: “[...] fui estuprada dentro de casa”. [...]. Na minha casa. [...]. Começou a força [...] e mais no fim eu estava [...] relaxando mesmo. [...] Mas aí veio o sufoco [...] Uma vez [...] me ligaram, diz ele que ia me matar. [...].

A tentativa de suicídio foi informada por Nenúfar.

[...] eu chegava em casa sozinha, não tinha meu filho, que meu filho já estava preso. Aí eu ia comprar a meiotá, ia comprava a cachaça, aí foi a vez que eu tentei suicídio, porque eu tomei a garrafa de cachaça todinha e fui [...] na laje que tem assim na minha casa e eu ia pular. [...]. Eu acordei, eu estava no hospital [...] minha irmã falou pra mim que eu fiquei três dias dormindo.

O episódio de Nenúfar reafirma os dados do estudo de Stefanello *et al.* (2008), conduzido numa amostra de 210 participantes que tentaram suicídio (68,1% mulheres). Esses participantes, atendidos em hospital geral, evidenciaram que os homens apresentaram mais transtornos mentais pelo uso de substâncias

psicotivas do que as mulheres, sendo o álcool utilizado com mais frequência na tentativa de suicídio, na comparação entre os gêneros (DIEHL, 2011).

Essa constatação também reafirma os dados II LENAD quanto ao suicídio. 5% da população brasileira já tentou o suicídio, sendo que, dentre esses, 24% relatou que essa tentativa estava atrelada ao consumo de álcool (LARANJEIRA *et. al.*, 2014). Essa tendência já havia sido observada num estudo num hospital de emergência do Rio de Janeiro sobre a prevalência de transtornos mentais em tentativas de suicídios, que registrou, entre os pacientes atendidos, uma maioria composta de mulheres jovens com baixa escolaridade na utilização de medicamentos psicoativos, sendo que 36,1% dessas mulheres tinham feito uso de álcool no momento do agravo. Os transtornos mentais mais frequentes nessas mulheres foram episódio depressivo maior (33,3%), uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (26,7%), TEPT (20,0%), esquizofrenia e transtornos psicóticos agudos (15,0%) e abuso e dependência de álcool (10,0%) (SANTOS *et al*, 2004).

Entretanto, Nenúfar, após a perda de tudo que podia dar um pouco de sentido para a vida (um filho preso, o outro no Conselho Tutelar), parece ter perdido juntamente o brilho. Por isso, não podemos inferir que a substância psicoativa causou diretamente a “tentativa” de cair da laje, pois pode ser também que as condições existenciais tão frágeis a tenham levado a isso.

De forma geral, os dados encontrados indicam que os movimentos de contração não favorecem nem a família, nem ao sujeito, no caso a mulher, envolvida no consumo de substância psicoativa. Mais uma vez, destaca-se a importância de essas pessoas no “entorno” serem convocadas ao trabalho conjunto no processo de tratamento e cuidado. Vivemos em rede. Destarte, é necessária uma compreensão do processo de cuidado das mulheres.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: *GROUNDINGS* A CONSTRUIR E SUSTENTAR

Considerando o objeto do estudo proposto – identificação e análise dos movimentos de cuidado de si por usuárias de substâncias psicoativas num dispositivo de Saúde Mental – constatamos a elaboração de movimentos de expansão e de contração nesse cuidado de si.

Os modos do cuidado de si inventados pelas mulheres não são encontrados em manuais, mas obtidos mediante a invenção constante do reposicionamento de seus modos de viver. Nesse sentido, o cuidar de si não é algo equilibrado, previsível, reto e linear. Esse cuidado tem altos e baixos, dependendo do momento dessas mulheres no processo de tratamento e nos demais setores da vida.

Em nível microsocial essas mulheres, a seu modo, ora firmes, ora vulneráveis, traçam suas invenções às quais não cabe avaliação moral de certo ou errado. Com as novas saídas e entradas possíveis aos seus problemas, ora com leveza e humor, ora com peso e densidade, seguem.

Os movimentos expansivos mostraram-se potentes, fortes, evidenciando a mudança do descuido para o cuidado de si mediante o tratamento, a defesa da vida (autoestima, RD, limites), a inclusão e reinserção social e a apropriação dos papéis femininos, favorecendo mudanças na vida, não somente na relação de dependência com as substâncias psicoativas, mas inaugurando uma posição de criticidade e autonomia perante elas, e sobretudo nos diversos outros campos da vida, como social, familiar e afetivo, retomando papéis femininos de mãe, cuidadora, mulher e trabalhadora.

Destaca-se nesses movimentos o tratamento como fator fundamental para virada nos outros setores da vida, mediante o cuidado de si, e nesse contexto aponta-se a importância da exclusividade de um espaço para as mulheres, no qual as especificidades do universo feminino puderam ser contempladas,

favorecendo a vinculação das mulheres à atenção acolhedora e diferenciada ao seu sofrimento.

Merecem destaque a questão da gestação-droga, em especial quando do uso de *crack*, apontada pelas mulheres, e as discussões atuais desse tema. Ressalta-se que o exílio imposto a mãe e filho, em que pesem todas as necessidades de proteção à criança, não favorece a nenhum dos dois, evidenciando-se um corte energético nessa relação.

Nesse sentido, as políticas públicas devem reparar essa separação, estabelecendo condições de cuidado dessa mulher e do filho numa posição de proximidade e não de afastamento. O afastamento reitera a exclusão materna e a condição histórica instintiva de mãe má, destituindo essa mulher da posição de cuidadora do filho, em função da dependência da substância. O rompimento desses paradigmas, portanto, é desafio ao estabelecimento de novas formas de ser mãe, com o *grounding* dos serviços de saúde e afins.

Ainda nesse campo da maternidade, apesar da relação com as substâncias e o rompimento dos padrões históricos e esperados da condição feminina de maternidade, as mulheres continuam sendo mães, inventando outros modos-mãe. É possível contestar esses modos, mas não negar a sua própria condição de mães, preocupadas com o cuidado e igualmente convocadas pelos filhos para o exercício desse papel histórico.

A aposta positiva de familiares, vizinhos, campo social e afins é fundamental. O olhar positivo, acolhedor, o útero quente e de ressonância, tudo isso favoreceu e revigorou o cuidado de si das mulheres, ajudando-as na construção e sustentação do *grounding*.

Nesse campo potencializador, evidenciou-se o CAPS AD (CPTT) como dispositivo de Saúde Mental potente e exercendo a sua função, não somente na assistência às mulheres no acolhimento noturno, no Grupo de Mulheres, na assistência medicamentosa e nas demais ofertas terapêuticas individuais e coletivas, mas, sobretudo, destacando-se na “reinserção social” praticada por esse dispositivo: são dignas de nota a assembleia, operadora de cidadania a

ser exercitada em outros setores da vida, fora dos muros do serviço; e as Oficinas de Geração de Renda, mecanismos de reabilitação social para o trabalho.

Destaca-se igualmente a potência da RAPS nessa atenção, com todos os pontos de atenção destacados neste estudo, favorecendo não somente à assistência às mulheres no espaço de saúde, mas estendendo seu raio de ação à Atenção Básica, ao CAPS AD (CPTT), aos elementos da estratégia de desinstitucionalização, à Academia Popular, em suma, ao cuidado integral. Também compõe a sua esfera de atuação a reabilitação psicossocial, como já dito, com a iniciativa da Oficina de Geração de Renda, no CAPS AD (CPTT), ponto da atenção psicossocial especializada da RAPS.

Entretanto, cabe destacar que alguns pontos dessa RAPS ainda não estão em funcionamento no município de Vitória, como a UA, de caráter residencial, o que dificulta o trabalho nessa atenção.

Os movimentos de contração demarcaram os enredos que cercam as mulheres com discursos e práticas repletos de desconfiança e estase. A exclusão do convívio social e familiar, o descrédito na mudança e no tratamento pelos familiares e profissionais, e as situações de vulnerabilidades e riscos a que as mulheres se expõem não afirmam o seu cuidado de si. Tais movimentos somente reforçam e reafirmam o caráter neurótico e a couraça muscular do uso de drogas, bem como as relações de codependência e impedimento de circulação libidinal de todos os envolvidos no processo.

Enfatiza-se, nesse campo de contração, que a compreensão de tratamento vinculada à abstinência da substância psicoativa demonstra um reducionismo absoluto, num campo de cuidado em que essas mulheres não se privarão imediatamente da substância, uma vez que se trata de dependência, marcada por questões que ultrapassam o levar o copo à boca, cheirar as carreiras ou utilizar o cachimbo. Esses atos mecânicos, em sua latência, agregam diferentes fatores e questões. Não é a mera abstenção que declara o problema resolvido, pois as questões são complexas e profundas. Não se trata somente

da dependência física, mas da dependência emocional, também causadora desse ato.

Merecem a mesma ênfase, nesse campo da despotencialização, as apostas negativas, com a reafirmação das profecias autorrealizadoras fatalistas dos familiares, “de que não dará certo”, possivelmente por diversas frustrações. Afirma-se, portanto, a necessidade de os familiares se posicionarem como aliados e parceiros no projeto de cuidado para a compreensão das diferentes etapas do trabalho, fragilidades e demais aspectos envolvidos. Orientações e esclarecimentos por parte dos profissionais são extremamente salutares a esses familiares. Igualmente o trabalho terapêutico com a dinâmica afetiva das relações familiares torna-se preponderante nesse projeto, visando ao reposicionamento não somente de opiniões e certezas já constituídas no enfrentamento dessas questões de saúde, mas também dos afetos familiares e dos laços de codependência envolvidos nessa trajetória.

Portanto, os *groundings* a construir e sustentar referem-se à superação da aposta familiar negativa, ao limite às contenções abusivas e à superação da exclusão social e familiar, dentre outras. É preciso lidar com as recaídas e a abstinência, ampliar cada vez mais as relações na vida com novas dependências, sustentar um trabalho na direção de suas autonomias financeira e emocional, de modo que essas mulheres avancem na direção do desejo, saindo da relação objeto-sujeito para a de sujeito-escolhas, pois a captura pelo dinheiro refere-se à captura do movimento, da autorregulação e da potência orgástica. Sustentar o cuidado de si também significa preservar a si mesmas, afastando-se de situações de risco e vulnerabilidade.

Quanto ao CAPS AD (CPTT), este estudo evidenciou a exclusividade de duas ofertas terapêuticas para as mulheres (Grupo de Mulheres e três leitos femininos para acolhimento noturno), no rol de ofertas de cuidado e atenção no serviço, com benefícios terapêuticos fundamentais na retomada do cuidado de si pelas mulheres.

Entretanto, essas evidências precisam ser problematizadas em termos da quantidade de ofertas terapêuticas somente para mulheres, bem como a desproporção dos leitos masculinos (cinco) e femininos (três), mediante a anunciada representatividade por este estudo de mulheres de todas as regiões de saúde em tratamento no CAPS AD (CPTT), sobretudo a de uma delas, o que parece indicar a necessidade de ampliação de ofertas exclusivas para as mulheres no contexto do tratamento, visando à ampliação dessa atenção singularizada.

Esses retornos, portanto, convocam à necessidade de pensar estratégias de cuidado para o atendimento às particularidades femininas levantadas por este trabalho, no município de Vitória, já que o CAPS AD (CPTT) é a referência municipal nessa atenção. Sugerimos que essas estratégias podem se operar, além do espaço de tratamento nesse serviço, no campo do apoio matricial, bem como na fundamentação teórica e técnica no trabalho de formação e de capacitação dos profissionais da rede na área de Saúde Mental, com inclusão de temas específicos relacionados às mulheres, visando ao aprimoramento do cuidado e acolhimento na Atenção Básica e no próprio CAPS AD (CPTT).

Corroborando o que já está sinalizado pela prática clínica e pelos estudos e pesquisas na articulação entre mulheres, gestação e drogas, este estudo também constatou a importância de atenção e trabalho singular com as mulheres nessa especificidade, tendo em vista as futuras mães e as crianças do futuro. Esta pesquisa me provocou nesse aspecto. Reich fala das crianças do futuro e todo estudo é significativo não somente pelo que traz de resultados, mas substancialmente pelas novas questões a que inquieta e provoca. Saio com essa.

Estimamos que a pesquisa trará subsídios à construção de abordagens terapêuticas para mulheres nesse campo de atenção e de cuidado, pois somente a partir da compreensão da ótica e da experiência dessas mulheres frente ao prazer e ao sofrimento, aspecto dúbio e paradoxal do uso de drogas, é que poderemos construir políticas de atenção e de cuidado que façam sentido e toquem o sentido daqueles que procuram cuidado frente a esse

sofrimento, quando o prazer gerado pela substância psicoativa não suspende mais a dolorida existência.

Como trabalhadora do campo da Saúde Mental e igualmente como pesquisadora na área de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, acreditamos ter contribuído na diminuição de uma lacuna e de um hiato nessa área. A riqueza deste trabalho indica que sim, pois acreditamos ter cumprido nossa proposta: dar voz a essas mulheres, vozes que se escutem na sua singularidade e gerem subsídios a políticas públicas de cuidado.

Para nós, ouvir tais vozes no jardim afetivo e emocional dessas mulheres foi um campo dos encontros, de surpresas... Campo da abertura das caixas, tal qual a Caixa de Pandora (MITOLOGIA CLÁSSICA, 2011). Que a ousadia das vozes desminta o mito, que a abertura dessa caixa retire todas as desgraças e males do mundo. Guardemos a esperança, esperançando as flores e não as fazendo esperar além da estação. Esperançando na construção de outras formas de viver, de existir, de se cuidar, de florescer...

9 REFERÊNCIAS

ABELARDINO, Valter. Transtornos Depressivos x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 28-36.

ALBERT EINSTEIN. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Drunkorexia**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/espaco-saude/nutricao/paginas/drunkorexia.aspx>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

ALBERTINI, Paulo. **Reich: história das idéias e formulações para educação**. São Paulo: Ágora, 1994.

ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; PASA, Graciela Gema; SCJEFFER, Morgana. Alcool e Violência em Homens e Mulheres **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2009, 22(2), 252-260.

ALVES, Hamer Nastasy Palhares; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Transtorno Afetivo Bipolar x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 27-33.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/Fiocruz, 1994.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; VILELA, Paulo Carvalho Vilela, SANTOS, Luiz Carlos; FALBO NETO, HANOIS, Gilliatt, LIPPO, Luiz André Marinho; MARQUES, Marcelo. Gastrosquise: Diagnóstico Pré-natal x Prognóstico Neonatal. **RBGO**, v. 22, nº 4, 2000, p 191-199.

ANTHONY. J. C.; HELZER, J. E. Síndromes of drug abuse and dependence. In: ROBINS, L. N.; REGIER, D. A. (Orgs.) **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment área study**. Nova Iorque. The Free Press, 1991.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA) DSM IV.TM **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Transtornos relacionados a substâncias**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2002, p. 207-301.

ARAÚJO, Ana Paula. **Relações familiares e sua influência no consumo de álcool e outras drogas e no tratamento de mulheres**. 121 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu*. Universidade Católica de Brasília, 2010.

ARFKEN, A. et al. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. **J Subst Abuse Treat.** 2001; 20:53-7.

ASHLEY, O. S.; MARSDEN, M. E.; BRADY, T. M.; Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. **Am J Drug Alcohol Abuse.** 2003; 29:19-53

ASSIS, Dilma Franco Fátima de; CASTRO, Norida Teotônio de. Alcoolismo feminino; início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 358-370, ago/dez. 2010.

AQUINO, Maria Thereza C. A mulher e a droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. Org.). **Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Sette Letras; 1997.

BABIAZ, Stephanie; WARD, Rose Marie; BRINKMAN, Craig. Examination of Drunkorexia, Excessive Exercising, and Extreme Drinking. 2013 *Journal of Young Investigators* (JYI). April 2013, Vol. 25, Issue 4. 2013, p. 52-56.

BAER, Jonh S.; MURCH, Heather Brady. Redução de danos, uso de cigarros e nicotina. In: MARLATT, G. Alan. **Redução de danos: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. cap. 4, p. 103-120.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

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

BATTJES, R. L.; ONKEN, L. S.; DELANY, P. J. Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. **J Clin Psychol.** 1999; 55:643-57.

BAUDRILLARD, Jean. O mais belo objecto de consumo: o corpo. In: _____. **A sociedade de consumo.** Lisboa: Edições 70, 2008, p.157-185.

BRINK, W.; REE, J.M. Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. **European Neuropsychopharmacology,** Amsterdam, v.13, p. 476-487, 2003

BERGERET, Jean. A personalidade do toxicômano. In: BERGERET, Jean; Leblanc Jean (Orgs.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1991, Segunda parte, p. 91-106.

BION, W. R. **Experiências em grupos.** Buenos Aires: Paidós, 1972.

BIOTTO, Ademar. Trabalho corporal com pacientes psiquiátricos: a experiência do grupo de movimento em uma clínica psiquiátrica. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, 1, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS

CORPORAIS, 4. ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9., 2004, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004, [ISBS – 85-87691-12-0]. 1 CD-ROM.

BIRMAN, Joel. Que Droga!!! In: INEN, Clara, BAPTISTA, Marcos (Org.). **Toxicomanias**: abordagem clínica. Rio de Janeiro: Nepad/Uerj, 1997. p. 9-22.

BITTAR, Daniela Borges. **Violência intrafamiliar**: um estudo com mães agressoras usuárias de álcool e drogas. Dissertação (Mestrado). 2010. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.

BLUME. Sheila B. Women and alcohol. **Journal of the American Medical Association**. n. 256, 1986, p. 135-145.

_____. Chemical dependency in women: important issues. **Am J Drug Alcohol Abuse**. 1990;16:297-307.

BOADELLA, David. **Correntes da vida**: uma introdução à biossíntese. São Paulo: Summus, 1992.

_____. **Nos caminhos de Reich**. 2 ed. São Paulo: Summus, 1995.

BOYESEN, Gerda. **Entre psique e soma**: introdução à psicologia biodinâmica. São Paulo: Summus, 1986.

BRADY, K. T.; RANDALL, C. L. Gender differences in substance use disorders. **Psychiatr Clin North Am**. 1999; 22:241-52.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (Brasil). Resolução nº 196/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portal Atlas. Número de mulheres presas aumentou 256% em 12 anos. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/numero-de-mulheres-presas-aumentou-256-em-12-anos>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília, 2001. Série Manuais, n. 42.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Brasília, 25 jan. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 6 mar. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011a, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. DAPE/SAS/MS. Número de CAPSs AD e CAPSs AD 24 horas no Brasil. Disponível em: <www.189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. DAPE/SAS/MS Número de CAPS AD e CAPS AD 24 horas no Estado do Espírito Santo. Disponível em:

<<http://189.28.128.178/sage/lib/svg2img.php?w=587&h=250>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, 1990b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 2.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 ago 2009. Brasília, 2009.

BRASILIANO, Sílvia. Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres drogadictas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003, v. 1, p. 199-205.

BRASILIANO, Sílvia; NICASTRI, Sérgio; HOCHGRAF, Patricia Brunfentrinker. Transtornos Alimentares x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 48-54.

_____. HOCHGRAF, Patricia Brunfentrinker. Adesão de mulheres a um programa específico de tratamento. Álcool e Drogas. **Revista da ABEAD**. 1999; 2:43-9.

_____. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 134-144, 2006.

BRIENZA, R. S.; STEIN, M. D. Alcohol use disorders in primary care: do genderspecific differences exist? **J Gen Intern Med**. 2002; 17:387-97

BUCHER, Richard. Apresentação. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. CORDATO. Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. São Paulo: Epu, 1988. p. IX-XII.

_____. A abordagem preventiva. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. CORDATO. Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. São Paulo: Epu, 1988. p. 55-67.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAÑIZARES, Purificación Navarro. 2002. **Grupos de movimento: uma nova tecnologia em promoção da saúde e autocuidado para pessoas idosas**. Curso de Especialização em Psicoterapia Biodinâmica, Instituto Brasileiro de

Psicologia Biodinâmica, São Paulo, 2002. Disponível em:
<<http://www.ibpb.com.br/purificacion.doc>>. Acesso em: 21 jul. 2003.

CARDINAL, Nicole. A mulher e a toxicomania. In: Bergeret Jean; Leblanc Jean (org.). **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991, p. 280-288.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45 (3): 687-91.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (CSAT). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A treatment improved protocol – Tip 42. Rockville: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), 2005.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional. Presidência da República

_____. **III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. 1994.

_____. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

CHANDER.G; MCCAUL, M. E. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003 Sep; 30(3):469-81.

CHANG, G. Brief interventions for problem drinkers and women. **J Subst Abuse Treat**. 2002; 23:1-7.

CHARLES, Sébastien; LIPOVESTSKY, Gilles; VILELA, Mario. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

CHOU, S.P. Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependents: results of a national survey. **Addiction**. 1994; 89:87-93.

COHEN, J. B. et al; Women with methamphetamine dependence: research on etiology and treatment. **J. Psychoactive Drugs** 4, 2007 (Suppl): 347-51.

CORDEIRO, José Mario Simil; GONÇALVES, Elizabeth Costa. Anotações sobre o perfil de uma instituição especializada no atendimento a toxicômanos. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem psicossocial. São Paulo: Epu, 1988. Cap. 12. 97-102.

CORRADINI, Gleice. Grupos de movimentos com crianças: relato de uma experiência. **Revista Psicologia Corporal**, Paraná: Centro Reichiano, n. 6, p 4-5, fev. 2000.

COSTA, Priscila Fernandes. Aspectos legais do consumo. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem psicossocial. São Paulo: Epu, 1988. p. 39-45.

CRUZ, Vania Dias. **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas- RS**, - 112f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2012.

CUNHA, G.B. et al. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 5, v.77, p. 369-73, 2001.

DADOUN, Roger. **Cem flores para Wilhelm Reich**. São Paulo, Moraes, 1991.

DAVIS, S. Effects of chemical dependency in parenting women. In: WATSON, R.R. (Editor). **Addictive behaviors in women**. New Jersey: Humana Press; 1994. p. 381-412.

DAVIS, T. M. et al. Women in addictions treatment: comparing VA and community samples. **J Subst Abuse Treat**. 2002; 23:41-8.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**: comentários sobre a sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro; Contraponto Editora, 1997.

DIAS, Gonçalves. Canção do Tamoio. In: RAMOS, Péricles Eugenio da Silva. **Poemas de Gonçalves Dias**. São Paulo: Cultrix, 1969.

DIEHL, Alessandra. Suicídio e dependência química. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artemed, 2011, Parte VI, tópicos de interesse especial p. 444-452.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Organização de serviços de tratamento em dependência química. In: _____ (Orgs.) **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artemed, 2011, Parte VII, Políticas públicas, p. 507-518.

DRAKE, R. E. et al. Review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. **Psychiatr Rehabil J.** 2004; 27:360-74.

ESCOREL, Sarah. Revisitando o movimento sanitário. In: _____. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 175-196.

ELIA, Luciano. **A rede de atenção à Saúde Mental** – articulações entre ambulatórios e caps. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde) ISBN 85-334-0946-X.

ESSLIN, Martin. **O teatro do absurdo.** 3 ed. São Paulo: Zahar Editores, 1980.

FAJEMIROKUN-ODUDEYI, O.; LINDOW, S.W. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: A literature review. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology.** n. 1, v. 112, p. 2-8, 2004.

FAVRE, Regina. Terapias reichianas: 25 anos depois. **Revista Reichiana,** São Paulo, n. 2, p. 16-25, 1993.

_____. Pesquisando a aplicabilidade do método do grupo de movimento somático existencial a um pequeno grupo de pacientes psicóticos do Hospital-dia da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Revista Reichiana,** São Paulo, n. 10, p. 67-87, 2001.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** São Paulo: EDUSP, 2002.

FERTIG, Adriana. **Histórias de vida de mulheres usuárias de crack.** 152 f. Tese (Doutorado). 2013. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, Rio Grande do Sul, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.** 2004; 38 (2):143-51.

FREDA, Hugo. Do meu pai eu nada sei. Conferência no Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT). Belo Horizonte, 1981.

GALDURÓZ, José Carlos Fernando; NOTO, Ana Regina; CARLINI, Elisaldo. A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes dos 1º e 2º graus

em dez capitais brasileiras - 1997. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1997. 130 p.

GAMA, Maria Ercília Rielli da; REGO, Ricardo Amaral. Grupos de movimento. Consciência e expressão de si através do corpo. **Cadernos Reichianos**, São Paulo, 1, 1994.

GIGLIOTTI, Analice de Paula. LEMOS, Tadeu. Comorbidade Psiquiátrica em Tabagismo x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 55-60.

GIORDANI, Anncy Tojeiro. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e drogas**. 170 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000 .

GIMBA, Marcelo de Freitas. **(RE) construindo laços e projetos: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades**. 134 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Salvador. Superintendência de Pesquisa em Pós-Graduação, Salvador, 2013.

GOMES, Katia Varela. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**. 226 f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-32832005000200006>.
Acesso: 23 fev. 2014.

GONÇALVES, Elizabeth Costa. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. CORDATO. Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. São Paulo: Epu, 1988. p. 9-14.

GREEN, C. A. Gender and use of substance abuse treatment services. **Alcohol Res Health**. 2006; 29 (1):55-62.

GREEN, C. A. et al. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO based substance abuse treatment program. **J Subst Abuse Treat**. 2002; 23:285-95.

GREENFIELD, S. F., GRELLA, Christine E. What is "women-focused" treatment for substance use disorders? **Psychiatr Serv**. 2009 Jul.; 60 (7):880-2.

GRELLA, Christine E. Gender similarities and differences in the treatment, relapse and recovery cycle. **Eval Rev**, February, 2008, n. 32, p. 113-137.

GRELLA, Christine E.; JOSHI, V. Gender differences in drug treatment carriers among clientes in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. **Am J Drug Alcohol Abuse**. 1999; 25:385-406.

GRELLA, Christine E.; JOSHI, V. et al. Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. **J Subst Abuse Treat** 1999;12:37-44.

GONÇALVES, Georgiana G. R.; DELGADO, Simone C.; GARCIA, Cláudia A. A toxicomania e a busca da felicidade na sociedade de consumo. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

HALL, J. L.; VAN TEIJLINGEN, E. R. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2006;6:19.

HERNANDEZ-AVILA, C. A.; ROUNSAVILLE, B. J.; KRANZLER, H. R. Opioid-, cannabis-, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. **Drug and Alcohol Dependence** 74 (1): 265-72., 2004.

HIGGINS, Mary; RAPHAEL, Chester. **Reich fala de Freud**. Lisboa: Moraes, 1979.

HOCHGRAF, Patrícia Brunferntinker. **Alcoolismo feminino: comparação das características sociodemográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas**. 1995. (Tese). São Paulo, Universidade de São Paulo, 1995.

HOCHGRAF, Patrícia Brunferntinker; BRASILIANO, Silvia. Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira. **Álcool e Drogas Sem Distorções**. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas, 2004. Acesso em: 15 abr. 2014

_____. Mulheres farmacodependentes. **J Bras Dep Quím**. 2001; 2(Supl 1):34-7.

_____. ANDRADE, A. G. A Questão do Gênero nas Farmacodependências. In: CORDAS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p. 85-103.

HODGINS, D. C.; EL-GUEBALLY, N.; ADDINGTON, J. T. Reatment of substance abusers: single or mixed gender programs? **Addiction**, 1997, n. 92, p. 805-812.

HOLZTRATTNER, Jéssica Strube. **Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária**. Trabalho de Conclusão. Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

KAY-LAMBKIN F. J.; BAKER, A.; LEWIN T. J. The co-morbidity roundabout: a framework to guide assessment and intervention strategies and engineer change among people with co-morbid problems. **Drug Alcohol Rev.** 2004; 23:407-23.

KASKUTAS, L. A. et. al. Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. **Addiction.** 2005; 100:60-9.

KAUFFMAN E., DORE M.M., NELSON-ZLEPKO L. N. The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. **Am J Orthopsychiatry.** 1995; 65:355-62.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry.** 1994; 51:8-19.

KESSLER, Felix H. P. Transtornos Psicóticos x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 41-47.

KESSLER, Felix; PECHANESKY, Flávio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. Editorial a convite. **Rev Psiquiatr RS.** 2008;30(2):96-98.

KIGNEL, Rubens. Avanços da psicoterapia corporal. **Scientific American Mente e cérebro.** Cérebro e movimento. Edição Especial N. 44, 2014, p. 76-81.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

KNIGHT, Alissa; SIMPSON, Susan. Drunkorexia: an empirical investigation of disordered eating in direct response to saving calories for alcohol use amongst Australian female university students. **Journal of Eating Disorders,** 2013, 1(Suppl 1):P6 <http://www.jeatdisord.com/content/1/S1/P6>

KNIGHT, D. K.; HOOD, P. E., LOGAN, S.M.; CHATHAM, L. R. Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. **J Psychoactive Drugs.** 1999; 31(4): 339-51.

KNOLL'S, G. F. **Radiation detection**, 3rd edition. Hardcover, 2000.

KRUK, Edward; SANDBERG, Kathryn; Home for body and soul: substance using women in recovery. **Harm Reduct J.** 2013 Dec 2010(1):39. doi: 10.1186/1477-7517-10-39.

KUYAVA, Ana Carolina Lacerda Scheibler. **O cotidiano de gestantes usuárias de crack.** 2013. 77 f. Dissertação (Mestrado). Universidade do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Porto Alegre, 2013.

LABIGALINI JÚNIOR, Eliseu. O uso de *cannabis* por dependentes de *crack*: um exemplo de redução de danos. In: MESQUITA, Fábio; SEIBEL, Sérgio (Orgs.). **Consumo de drogas, desafios e perspectivas.** São Paulo: Hucitec, 2000. Saúde Loucura (Textos), 14, p. 173-184.

LANCETTI, Antônio. Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos. In: _____ (Org.). **Clínica peripatética.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. n. 20, Série Políticas do desejo, cap. 3, p. 53-76.127.

LANCETTI, Antônio; GARCIA, Leon. Cuidado, território e *crack*: notas sobre os enxugadores de gelo ou caçadores de noias. In: CAMPOS, Floranita B.; LANCETTI, Antonio (Orgs.). **Saúde e loucura.** Experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, n. 9, Parte 1 – Experiências dos serviços, equipe e gestores, p. 243-254.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2010, SÃO Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos; RATTO, Lílian. Comorbidades Psiquiátricas: uma visão global. In: Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 7-11.

LARIMER, Mary E. et al. Redução de danos para problemas com álcool: ampliando o acesso e a acolhida dos serviços de tratamento e prevenção. In: MARLATT, G. Alan. **Redução de danos:** estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. cap. 3, p. 61-102.

LEAL, Fabíola Xavier; SANTOS, Caroline Christine Moreira dos; JESUS, Renata Santos de. **Levantamento dos serviços de atendimento ao uso de álcool e outras drogas no Espírito Santo.** Universidade Federal do Espírito Santo. 2014.

LOURO, G. L. A emergência do gênero. In: Louro G. L. (Org.). **Gênero, sexualidade e educação.** 3 ed. Petrópolis: Vozes; 1999, p. 14-36.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética.** 8 ed. São Paulo: Summus, 1982, v. 15 (Novas buscas em psicoterapia).

LOWEN, Alexander; LOWEN, Leslie. **Exercícios de bioenergética**: o caminho para uma saúde vibrante. 3. ed. São Paulo: Ágora, 1985.

MARLATT, G. Alan. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: _____. **Redução de danos**: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999a, cap. 1, p. 29-43.

_____. Princípios básicos e estratégias de redução de danos. In: _____. **Redução de danos**: estratégias contemporâneas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999b, cap. 2, p. 45-58.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. Transtornos de ansiedade x dependência de álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades**: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 19-26.

MASUR, Jandira. **A questão do alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MENDES, Maria Célia; CUNHA, José Renato da; NOGUEIRA, Antônio Alberto. A mulher e o uso de álcool. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2011; 33 (11): 323-7, p. 327).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MILLER, B. A.; WILSNACK, S. C.; CUNRADI, C. B. Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems. **Alcohol Clin Exp Res**. 2000; 24(8):1287-97.

MITOLOGIA CLÁSSICA. **O mito de Pandora**. Disponível em: <http://mitologia.blogs.sapo.pt/49535.html>. Acesso em: 30 ago. 2011

MOORE, T.C., NUR, K. An international survey of gastroschisis and omphalocele (490 cases). II. Relative incidence, pregnancy and environmental factors. *Pediatr Surg Int* 1986; 1:105-9.

MORAES, Vera Cristina Mendes de Moraes; RASCH, Scheila Silva. **Acolhimento e acompanhamento de mulheres**: uma experiência no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. Fórum de Atenção ao Uso de Álcool e outras Drogas. Apresentação em Mesa Redonda. Vitória, ES, 2008.

NASCIMENTO, Milton; BRANT, Fernando. Encontros e despedidas. In: NASCIMENTO, Milton. **Encontros e despedidas**. Rio de Janeiro: Microservice, 1997. 1 CD, faixa 8.

NASCIMENTO, P. T. A.; TESSER C. D.; POLI NETO, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2008;37(4):32-4

NASSIF-FILHO, A. C. N. et al. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína/ou *crack* em dependentes de drogas. **Rev Ass Med Brasil**, v. 45, n. 3, p. 237-241, 1999.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (NIDA). Cocaine Affects Men and Women Differently, **NIDA Study Shows** - Volume 11, Number 1 January/February 1996- From NIDA NOTES, January/February, 1996.

_____. Gender differences in drug abuse risks and treatment. NIDA Notes 2000. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15NH/tearoff.html> Acesso em: 15 maio 2012.

_____. **Principles of drug addiction treatment: a research-based guid**. Bethesda, Maryland: National Institute, The US. Department of Health and Human Services. USA, 2001.

_____. Women and Sex/Gender Differences Research Program. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2012/04/women-sexgender-differences-research-program>> Acesso em: 11 maio 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). Fetal Alcohol Exposure. Disponível em: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/FASDFactsheet/FASD.pdf> www.niaaa.nih.gov. July 2013>. Acesso em: 30 mar. 2014.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Fetal alcohol spectrum disorders. Yesterday, Today, and Tomorrow: NIH Research Timelines. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, October, 2010.

NICHOLSON, Linda. **Interpretando o gênero**. Estudos feministas, 2008.

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

NOGUEIRA, Tânia Alves. Grupo de movimento: uma experiência com adolescentes internados na FEBEM/SP. Trabalho apresentado no V CONGRESSO BRASILEIRO e X ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, Curitiba, 2005.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. **Clin Psychol Rev**. 2004;24(8):981-1010.

OLIEVENSTEIN, Claude. **A vida do toxicômano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

_____. O toxicômano e sua infância. In: BERGERET, Jean; LEBLANC, Jean (Orgs.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991a, Segunda parte: O toxicômano. p. 78-90.

_____. Toxicomania e destino do homem. In: BERGERET, Jean; LEBLANC, Jean (Orgs.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991b, Terceira parte: Toxicomania e sociedade, p. 260-267.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Edições UVA, 2000.

OLIVEIRA, Edylla Maria Lima Pires de. Drogas e seus efeitos. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. CORDATO. Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos. São Paulo: Epu, 1988, p. 15-23.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **Mulheres convivendo com drogas: vulnerabilidade e representações sobre AIDS**. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2001.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. M. L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Rev. Latino-am Enfermagem**, n.2, v.15, 2007.

_____. NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc. Anna Nery Rev Enferm** 2007 dez; 1,1 (4): 694-8.

OLÍVIO, Maria Cecília; GRACZYK, Rafaela Carla. Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações. Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas ISSN2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. GT3- Gênero e Família – Coordenadora Cássia Maria Carloto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). CID 10. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). In: _____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. cap. IV, p. 311-388.

ORWIN, R.; FRANCISCO, L.; BERNICHON, T. Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis national evaluation data services, centerfor substance abuse treatment NEDS Analytic Summary. 2001.

PASSEY, M.; SHELDRAKE, M.; LEITCH, K.; GILMORE, V. Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. **Rural and Remote Health**, 2007, 7: 710.

PEREIRA, Amanda Schreiner; WURFEL, Rudiane Ferrari Wurfel. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de *crack*. **Aletheia** 34, p.163-174, jan./abr. 2011.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 593-598, 2005.

PIMENTEL, Elaine. Amor bandido: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 4., 2008, Lisboa. **Anais...** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 2008, número de série: 708, p. 1-14.

PINAFO, E.; LIMA, J. V. C, BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**. 2008; 9 (2):17-25.

PINHO, Gabriela Salomão Alves. “Minha saúde não é de ferro, mas meus nervos são de aço”: a mulher e o uso de drogas na sociedade contemporânea. **Mnemosine**, vol. 1, n.1, 2005, p. 277-345

PROMENINO. Notícias. 18/08/2011. Defensoria Pública de São Paulo é contra a internação compulsória de crianças e adolescentes. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/Default.aspx?TabId=77&Conteudold=e5ead916-f323-48ee-aa84-b370830ffac8>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

PRENDERGAST, M. L.; MESSINA, N. P.; HALL, E. A.; WARDA, U.S. The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women. **J Subst Abuse Treat**. 2011 Jun;40(4):336-48.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997, p. 578-606.

RASCH, Scheila Silva. **Viajantes em busca de saídas**: o grupo de movimento como uma possível rota terapêutica para usuários de álcool e de outras drogas. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

_____. **O processo de trabalho na atenção básica de saúde e os efeitos na saúde mental do psicólogo do município de Vitória**. Anteprojeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de Pesquisa, Psicologia Social e Saúde. Processo seletivo 2010/1, para o Curso de Doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

_____. **Mulheres, corpo e droga: o que há nessa relação?** Projeto de Qualificação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

RASCH, Scheila Silva; ANDRADE, Angela Nobre. O psicólogo e o trabalho na Atenção Básica de Saúde de Vitória: quais os dilemas contemporâneos do cuidar do outro e de si? In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12º, 2011, **Anais**: Vitória, CD-ROM.

_____. Quais os sentidos do processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde e os efeitos na saúde mental do psicólogo do município de Vitória, Espírito Santo? In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 16º, 2011. **Anais**: Recife, ABRAPSO, 2011b. Disponível em: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNjoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OilyNzI1Ij9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjAyYTIhOGZmMDFhMjQyN2U3MDYwNTUwYzgxOTU5MWlxljt9>>.

_____. Mulheres e o uso abusivo ou dependente de drogas: quais os efeitos dessas substâncias em suas vidas na contemporaneidade? In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 16º, 2011. **Anais**: Recife, ABRAPSO, 2011. Disponível em: <<http://www.encontro2011a.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNjoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OilyNzI1Ij9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjAyYTIhOGZmMDFhMjQyN2U3MDYwNTUwYzgxOTU5MWlxljt9>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Movimentos do corpo-vida de mulheres usuárias de drogas. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 17º, 12º, 2012. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2012. [ISBN – 978-85-87691-22-4]. Disponível em: <www.centroreichiano.com.br/artigos> Acesso em: 15 abr. 2014

_____. O consumo de drogas na vida de mulheres: um estudo no CAPS AD. In: XVII ENCONTRO REGIONAL DA ABRAPSO – ES, 7º, 2012. **Anais**. Vitória. ABRAPSO -ES. Disponível em: <http://abrapso-es.com.br/encontro/Anais_Abrapso_2012.pdf>. Acesso em: 2 maio 2013.

RATNER, M. Sex, drugs, and public policy: Studying and understanding the sex-for-crack phenomenon. In: Ratner M. (Ed.), **Crack pipe as pimp**: an ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges. New York: Lexington Boo, 1993.

REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A função do orgasmo**. 12. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

_____. **A biopatia do câncer**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2009.

RIBEIRO, Dione Viégas Almeida. **Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico – qualitativo**. 129 páginas. Dissertação de

Mestrado Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, Dione Viégas Almeida et al. Views on treatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the outpatient setting: a qualitative study. **Trends Psychiatry Psychother.** 2012; 34(4) – 198-206.

ROMANO, Marcos. O transtorno do déficit de atenção/hiperatividade dependência de álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso.** Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 12-18.

ROOM, R; SELIN, K. L. Problems from women's and men's drinking in eight developing countries. In: OBOT, I. S.; ROOM, R. (Editors). Alcohol, gender and drinking problems: perspective from low middle income countries. Geneva: WHO; 2005. p. 209-20.

ROOS, R; FORTNEY, J.; LANCASTER, B.; BOOTH, B. M. Age, ethnicity and comorbidity in a national sample of hospitalized alcohol dependence veterans. **Psychiatr Serv.** 1998; 40:663-8.

ROTELLI, Franco. Onde está o Senhor? In: LANCETTI, Antônio. **Saúde e loucura.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992. n. 3, p. 67-76.

ROTH, L.; JAMES, P. Peer support groups for women in treatment and aftercare. In: Watson RR, editor. Addictive behaviors in women. New Jersey: **Humana Press;** 1994, p.159-75.

SAYLORS, K.; DALIPARTHY, N. Native women, violence, substance abuse and HIV risk. **J Psychoactive Drugs.** 2005; 37(3):273-80.

SPAK, F. To what extent is female alcohol dependence and abuse known in the health care system? The use of multi-source information in a Swedish population survey. **Acta Psychiatr Scand.** 1996; 93:87-91.

SELLERS, B. Unique effects of alcoholism in women. **Prim Psychiatry.** 2005; 12:51.

SCHUKIT, Marc Alan. **Abuso de álcool e drogas.** Porto Alegre: Artmed, 1991.

SEIDL, Eliane Maria Fleury (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: "Diga SIM à Vida".** Brasília: Cead – Unb/Senad/Sg/PR, 2000. v. 1.

SILVA, Anamaria Pimentel Tavares da; NASCIMENTO, Lilian Claudia; ANDRADE, Ricardo Bodart de. **Corpo em movimento: construções pró-vida, pró-cidadania através da política de redução de danos.** Projeto. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

SILVA, Cláudio Jerônimo. **Impacto de um curso de diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de**

profissionais da rede de atenção primária à saúde. 2005. 190 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, Valéria Nanci. **Violência e uso de substâncias psicoativas:** um estudo com mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde de São Paulo . Dissertação (Mestrado). Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 2008.

SOFIATI, Sandra. Grupo de movimento...em movimento (uma prática viável em saúde pública). **Revista Reichiana**, São Paulo, n. 2, p. 94-102, 1993.

SOUZA, Maria Dilma. **O corpo em movimento:** uma abordagem criativa para a terceira idade. Projeto. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Universidade Federal do Espírito Santo, 2002.

_____. **Grupo de movimento:** estratégia de intervenção para idosos. 2004. Monografia (Especialização em Gerontologia Social) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2004.

SOUZA, Maria Dolores Pinheiro. **O grupo de movimento e o bem-estar subjetivo na velhice.** 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia.** Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

STEFANELLO, S.; CAIS, C. F.; MAURO, M. L. FREITAS G. V.; BOTEAGA, N. J. Gender differences in suicide attempts: preliminar results on the multisite intervention study on suicidal behavior o (SUPRE-MISSp form Campinas, Brazil. **Ver. Brasi. Psiquiatr.** 2008; 30 (2); 149-43.

STEIN, M.D., CYR, M.G. Women and substance abuse. **Medical Clinics of North America**, 1997, n. 81, p. 979-998.

STERNSCHUSS, S.; ANGEL, P. Toxicomania e destino do homem. In: BERGERET, LEBLANC, Jean (Orgs.). **Toxicomanias:** uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991, Terceira parte, Toxicomania e sociedade, p. 269-278.

SWIFT, W; COPELAND, J.; HALL, W. Characteristics of women with alcohol and other drugs problems: findings of an Australian national survey. **Addiction**, 1996, n. 91, p. 1141-1150.

_____. Treatment needs of women with alcohol and other drugs problems: experiences and views of Australian treatment personnel. **Drug Alcohol Rev.** 1998; 91:1141-50.

TEOH, S. K.; MELLO, N. K.; MENDELSON, J. H. Effects of drugs of abuse on reproductive function in women and pregnancy. In: WATSON, R. R (Editor). **Addictive behaviors in women**. New Jersey: Humana Press; 1994, p. 437-73.

TONEATTO, A.; SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B. Gender issues in the treatment of abusers of alcohol, nicotine and other drugs. **J Subst Abuse**. 1992; 4:209-18.

TORRES, Inêz Maria Antunes Paes. O desafio em rede. In: COOPERAÇÃO BRASIL-UNIÃO EUROPÉIA. **Entre riscos e danos**: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Paris: Editions Scientifiques Acodess, 2002a. p. 111-122.

_____. **Rede de atenção ao uso de drogas em Vitória**: avatares históricos. 2002. 93 f. Monografia (Especialização em Dependência Química) – Faculdades Integradas São Pedro, Faesa Campus II, Vitória, 2002b.

TULLER, N. G. N.; ROSA, D. T. M.; MENEGATTI, R. P. *Crack* e os perigos de uma viagem sem retorno. Iniciação Científica CESUMAR, Maringá, n. 2, v. 09, p. 153-160, 2007.

TURNER, N. H. et. al. Community's role on the promotion of recovery from addiction and prevention of relapse among women: an explanatory study. **Ethn Dis**. 1998;8:26-35.

TUCHMAN, E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. **J Addict Dis**. 2010 Apr; 29(2):127-38

TOTUGUI, Márica Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem psicossocial. São Paulo: Epu, 1988. cap. 1, p. 1-7.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Publication; 2004. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/substance_abuse_treat_care.pdf> Acesso em: 11 jun. 2011.

_____. O desafio das novas substâncias psicoativas. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *The Challenge of New Psychoactive Substances*, Viena, 2013.

_____. World Drug Report 2014. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) *World Drug Report 2014*. (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7). Viena, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) Departamento de Psicobiologia. **Alcool**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/alcool.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

VADDIPARTI K, BOGETTO J, CALLHAN C, ABDALLAH AB, SPITZNAGEL EL, COTTLER LB. The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. **Arch. Sex. Behav.** 2006;35:451-59.

VALLEUR, Marc Valleur. Engrenagens da Dependência. **Revista Viver Mente e Cérebro.** fevereiro 2005, p.32-36.

VICTAL BASTOS, Luiza Helena de Castro; ROMANHOLI, Andréa Campos. Saúde Mental em Vitória: a rede tensionada. **Saúde e loucura.** Experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, n. 9, Parte 1 – Experiências dos serviços, equipe e gestores, p. 193-202.

VIEIRA, Breno Sanvicente. **Theory of mind:** assessment development and Investigation of cocaine dependents. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Projeto do Centro de Tratamento de Toxicomanias de Vitória.** Vitória, 1989.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área II – Maruípe.** Novembro de 1995. Vitória, 1995a.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área IV – São Pedro.** Vitória, 1995b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional – Jardim Camburi – Região V.** Vitória, 1995c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área III – Centro.** Agosto 1996. Vitória, 1996a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área VII – Forte São João.** Outubro 1996. Vitória, 1996b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas em Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico Situacional da Área I – Goiabeiras.** Agosto 1996. Vitória, 1996c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção e Ações em Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Relatório de Gestão do ano 1996.** Vitória, 1996d.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Vitória, 2009.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Projeto CAPS AD (CPTT) 24 horas**. Vitória, 2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos. **Lista dos pacientes admitidos na permanência 24 horas do CAPS AD (CPTT) no período de junho de 2013 a fevereiro de 2014**. Vitória, 2014a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Rede de Serviços**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/lista-aponta-onde-estao-as-unidades-de-saude-de-cada-bairro>> Acesso em: 7 set. 2014.

VOLPI, José Henrique. **Psicoterapia corporal**: um trajeto histórico de Wilhelm Reich. Curitiba: Centro Reichiano, 2000.

_____. VOLPI, Sandra Mara. O experimento bions. In; _____ (Orgs.) **Reich**: da vegetoterapia à descoberta da energia orgone. Curitiba: Centro Reichiano, 2003, p. 35-45.

_____. **Compreendendo, por meio do relato de mães, o estresse sofrido durante a gestação e primeiros anos de vida da criança com câncer**. 2002. 170 f Dissertação (Mestrado). UEMSP, São Bernardo do Campo, 2002.

_____. **Fundamentos epistemológicos em direção a uma Ecopsicologia**. 2007. 224 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

VOLPI, Sandra Mara. **Por uma adolescência não vulnerável**: representações de sexualidade em projeto de dispensadores de preservativos masculinos e de orientação sexual. 194 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Tecnologia. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2010.

WAGNER, T. et al. Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. **J Psychiatr Res**. 2004; 38:619-35.

WALTER, H. et al. Genderspecific differences in alcoholism: implications for treatment. **Arch Women Mental Health**. 2003;6:253-8.

WARNER L. A.; ALEGRÍA M.; CANINO G. Remission from drug dependence symptoms and drug use cessation among women drug users in Puerto Rico. **Arch Gen Psychiatry**. 2004;61:1034-41.

WECHSBERG, W. M. et al. Efficacy of woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. **American Journal of Public Health** 94 (7): 1165-73, 2004.

WEIGAND, Odila. **Grounding e autonomia**: a terapia corporal bioenergética revisitada. São Paulo: Edições e Produções Person, 2006.

WILHELM REICH INFANT TRUST. **Biography of Wilhelm Reich**. Disponível em: <<http://www.wilhelmreichtrust.org/biography.html>>. Acesso em: 23 de fev. de 2014.

WILSNACK, R. W. et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction**. 2000; 95:251-65.

WHITE, S. M.; LAMBE, C. J. T. The pathophysiology of cocaine abuse. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, Edinburgh, v. 10, p. 27-39, 2003.

WOLLE, Cynthia de Carvalho; ZILBERMAN, Mônica Levi. Mulheres. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo (Orgs.) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artemed, 2011, parte V, Populações Especiais, p. 375-382.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.

_____. Global status report on alcohol and health – 2014 .World Health Organization. ISBN 978 92 4 156475 5 (Print). ISBN 978 92 4 069276 3 (PDF), Geneva, Switzerland, 2014.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clín**, n.1, v.35, p. 44-47, 2008.

ZALESKILN, Marcos. Transtornos da Personalidade x Dependência de Álcool e outras substâncias. In: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 2003, p. 37-40.

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

_____. Uso de drogas entre mulheres. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R (Orgs.) **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. v. 1. p. 175-186.

_____. BLUME, Sheila B. Violência doméstica e abuso de álcool e outras drogas. **Rev Bras Psiquiatr**. 2005; 27(Supl II): S51-5

ZAMPIERI, P. R., DALBEN, I.; SIMÃO, M. O. Mulheres alcoolistas: apresentação dos casos novos atendidos pela Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP (CD-ROM). In: Programa e resumos do 10º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: A saúde mental em tempos de reformas curriculares e 1º Simpósio Latino-Americano de Saúde Mental; 2008. Ribeirão Preto, Brasil. USP: EERP; 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁸⁶

Título do Estudo: Mulheres, droga e corpo: o que há nessa relação?

Nome da pesquisadora: Scheila Silva Rasch

Nome da orientadora do estudo: Angela Nobre de Andrade

Informação sobre a participação:

Esta pesquisa analisa como mulheres fazem uso de drogas e de como isso se reflete em suas vidas. O benefício esperado desta pesquisa é o fornecimento de subsídios para políticas públicas no que concerne à construção ou intensificação de estratégias de cuidados para mulheres que buscam tratamento em relação ao uso de drogas ou até mesmo estratégias de prevenção e de promoção de saúde.

Estamos lhe convidando para participar desta pesquisa e é muito importante que você compreenda os princípios desta:

- a) Você só participa se desejar;
- b) Você pode deixar de participar a qualquer momento. Se você não quiser participar da pesquisa não há nenhum problema e isto não lhe causará nenhum dano pessoal ou para o seu tratamento no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos/CAPS AD Vitória;
- c) Durante o Grupo de Mulheres e as entrevistas individuais você poderá fazer qualquer pergunta que desejar, não fique com nenhuma dúvida.

Introdução:

O uso de drogas por mulheres sempre ocorreu na história da humanidade e não é um fenômeno contemporâneo. Os transtornos relacionados a esse uso têm sido progressivos um acontecimento comum a diversos países. Mulheres

⁸⁶ Elaborado em 21 de março de 2012, primeira versão.

estão aumentando o consumo de drogas de maneira significativa e os estudos nessa área discutem se esse aumento tem relação com uma maior proximidade das funções sociais desempenhadas por homens e mulheres. Dessa forma, instaura-se a necessidade de se aprofundar estudos singulares e pertinentes às mulheres e o consumo de drogas, que possam gerar cada vez mais programas terapêuticos peculiares para suas necessidades e demandas.

Objetivo do estudo: Analisar a experiência do uso de drogas por mulheres em tratamento num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), com padrão de consumo abusivo ou dependente de substâncias psicoativas.

Procedimentos:

1. Coleta de dados em seu prontuário no serviço visando obter as seguintes informações os dados de identificação; os dados socioeconômicos; o padrão de consumo de drogas; o registro de internações relativas ao consumo de droga; o acesso, o projeto terapêutico, o tratamento, as medicações em uso, a participação dos familiares no tratamento no CAPS AD; encaminhamentos realizados para outros estabelecimentos; e os tipos de intervenções realizadas fora do CAPS AD.
2. Acompanhamento e observação do Grupo de Mulheres que é realizado semanalmente por um determinado período.
3. Realização de entrevistas individuais, caso haja necessidade de ampliar alguma informação.
4. No acompanhamento do grupo e nas entrevistas individuais pretendem-se os seguintes dados sobre a sua experiência quanto ao consumo de drogas, sendo eles: as implicações do consumo de droga suas vida como no trabalho, na sua família, em sua afetividade; os tipos de droga que consome ou que já consumiu e sobre a função da droga na sua.

Caso concorde em participar de nosso estudo:

- a) Será feito o acompanhamento do Grupo de Mulheres e entrevistas individuais, que serão gravados e pretendem coletar informações sobre a sua experiência de vida frente ao consumo de substâncias psicoativas e a interferência disso em sua vida.
- b) Durante o grupo de acompanhamento e as entrevistas, você poderá fazer qualquer pergunta que desejar, não fique com nenhuma dúvida. Os dados deste estudo serão publicados e divulgados sendo garantido o sigilo, a confidencialidade e o anonimato de sua identidade.

Duração do Estudo: 6 meses.

Riscos: Nenhum risco.

Confiabilidade do estudo: Sua identidade não será revelada; em lugar nenhum na pesquisa constará o seu nome ou imagem.

Número de Voluntárias: quantas se dispuseram a participar.

Local para fornecer informações sobre o estudo:

1. Scheila Silva Rasch – Pesquisadora e psicóloga

Endereço: Rua Álvaro Sarlo, s/n, Ilha de Santa Maria, Vitória, ES, 29040 – 400 – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, CAPS AD Vitória.

Telefone: (27) 31325104 ou 33254265.

2. Angela Nobre de Andrade – Orientadora da Pesquisa

Endereço: Avenida Fernando Ferrari, 514, Campus de Goiabeiras, CEMUNI VI, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal do Espírito Santo, CEP.: 29.075-910.

Telefone: (27) 4009.2501

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa, Centro de

Ciências de Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo pelo telefone 33357504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br

Se você ficou sem entender alguma parte do que foi lido, solicite explicação a pesquisadora. Somente concorde caso tenha entendido tudo.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, faço-me voluntária para participar desta pesquisa, sendo a minha participação voluntária e conhecida a natureza, o objetivo, duração, benefícios, métodos da pesquisa, esclarecidos a mim pela pesquisadora Scheila Silva Rasch, autorizo a coleta de dados no meu prontuário, a participação e acompanhamento da pesquisadora no Grupo de Mulheres, a realização das entrevistas individuais, bem como a gravação do Grupo e das entrevistas. E sei que a qualquer momento posso deixar de participar desta pesquisa e não sofrer dano ou perda de nenhum dos meus direitos.

NOME DA VOLUNTÁRIA: _____

ASSINATURA DA VOLUNTÁRIA: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____

CPF.: _____

Vitória, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2 – FICHA DO PARTICIPANTE

| | | | | | |
|--|--|----------------|------------------------------|---------------|--|
| SUJEITO: | | | PRONTUÁRIO Nº: | | |
| PERÍODO DA PESQUISA: | | | DADOS CONSIDERADOS DE: | | |
| 1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Bairro: | | Município: | | Estado: | CEP.: |
| Telefone: | | D.N.: | | Estado Civil: | |
| Escolaridade: | | | | | |
| Profissão: | | | | | |
| Situação Funcional: | | | | | |
| Renda: | | | | | |
| Composição familiar: | | | | | |
| Reside com quem: | | | | | |
| 2 CONSUMO DE DROGAS | | | | | |
| Tipo de droga: | | | | | |
| Início do consumo | | | | | |
| Tempo de uso: | | | | | |
| 3 INTERNAÇÕES POR CONSUMO DE DROGA | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM | Onde? | | <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> SR |
| 4 ACESSO AO CAPS Ad Vitória | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Iniciativa própria | <input type="checkbox"/> Encaminhamento. Quem? | | <input type="checkbox"/> SR | | <input type="checkbox"/> Outros. O quê? |
| 5 PROJETO TERAPÊUTICO NO CAPS Ad Vitória | | | | | |
| Intensivo | | Semi-intensivo | | Não intensivo | |
| Atividades individuais | | | | | |
| Atividades grupais | | | | | |
| Medicação psicotrópica | <input type="checkbox"/> SIM | | <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> SR |
| Participação familiar | <input type="checkbox"/> SIM | | Quem? | | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SR |
| 6 INTERVENÇÕES REALIZADAS FORA DO CPTT | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM | Onde? | | <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> SR |
| 7 ENCAMINHAMENTOS DO CPTT PARA OUTROS SERVIÇOS DE TRATAMENTO DROGAS | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM | Onde? | | <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> SR |
| 9 PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE MULHERES | | | | | |
| ANO | | | Nº PARTICIPAÇÕES | | |

**APÊNDICE 3 – QUESTÕES NORTEADORAS PARA O
ACOMPANHAMENTO DO GRUPO DE MULHERES**

| QUESTÕES | OBJETIVO |
|---|--|
| <p>Questão 1</p> <p>A trajetória da mulher no consumo de droga e tratamentos.</p> | - Considerar o início do consumo de drogas, internações e tratamentos. |
| <p>Questão 2</p> <p>A interferência do uso de droga no cuidado de si.</p> | - Considerar a interferência no âmbito familiar, laboral e afetivo. |
| <p>Questão 3</p> <p>As drogas consumidas e o padrão de consumo.</p> | - Discriminar os tipos de droga consumidos e o padrão de consumo. |
| <p>Questão 4</p> <p>Movimentos do cuidado de si.</p> | - Identificar os movimentos do cuidado de si. |
| <p>Questão 5</p> <p>A função da droga na vida.</p> | - Identificar função da droga na vida das mulheres. |

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **“MULHERES E O CONSUMO DE DROGAS: UM ESTUDO NO CAPS ad”** de autoria de Scheila Silva Rasch. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 25 de Junho de 2012.


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES E O CONSUMO DE DROGAS:UM ESTUDO NO CAPS ad

Pesquisador: SCHEILA SILVA RASCH

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05902412.0.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 142.577

Data da Relatoria: 01/11/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de natureza qualitativa, de cartêr etnográfico aborda a questão das experiências do consumo de drogas por mulheres em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), do município de Vitória.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo analisar a experiência do uso de drogas por mulheres em tratamento num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), com padrão de consumo abusivo ou dependente de substâncias psicoativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos em relação a possíveis constrangimentos aos participantes, sobretudo por tratar de um tema complexo e de delicada abordagem. Entretanto, se faz extramamente relevante e apresenta a possibilidade da pesquisa interromper a sua participação em qualquer momento do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e aborda uma questão de destaque no cenário social e acadêmico, qual seja, o aumentando do consumo de drogas por mulheres.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta o termo de consentimento livre e esclarecido, adequando a sua linguagem ao público a ser pesquisado. Esclarece ainda os objetivos do trabalho, bem como realiza uma breve apresentação do estudo. Destaca a possibilidade de encerramento por parte do pesquisado e

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.090-000

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-2711

E-mail: thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA



o sigilo nos nomes.

Recomendações:

Inserir no termo de consentimento livre e esclarecido o telefone e endereço do Comitê de Ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho apresenta as recomendações necessários para atender o princípio ético da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos atendimento ao exposto pelo relator antes do início da pesquisa.

VITORIA, 09 de Novembro de 2012

Assinador por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.090-000

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-2711

E-mail: thiago.moraes@ufes.br

