

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**BRENDA CAILANE DE MOURA PASCHOAL
GIOVANNA NASCIMENTO SILVA
RHAMONICK VICTORIA FERREIRA DA SILVA**

**MULHERES EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: Reflexões e
Apontamentos**

**RECIFE
2025**

BRENDA CAILANE DE MOURA PASCHOAL
GIOVANNA NASCIMENTO SILVA
RHAMONICK VICTORIA FERREIRA DA SILVA

MULHERES EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: Reflexões e Apontamentos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo

RECIFE
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Paschoal, Brenda Cailane de Moura.

MULHERES EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
Reflexões e Apontamentos. / Brenda Cailane de Moura Paschoal, Giovanna
Nascimento Silva, Rhamonick Victoria Ferreira da Silva. - Recife, 2025.

63

Orientador(a): Delâine Cavalvanti Santana de Melo

Coorientador(a): Raquel Cavalcante Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Mulheres. 2. CAPS AD. 3. Questão social. 4. Cisheteropatriarcado. 5.
Tratamento de álcool e outras drogas. 6. Evasão durante o tratamento. I. Silva,
Giovanna Nascimento. II. Silva, Rhamonick Victoria Ferreira da. III. Melo,
Delâine Cavalvanti Santana de . (Orientação). IV. Soares, Raquel Cavalcante.
(Coorientação). VI. Título.

360 CDD (22.ed.)

BRENDA CAILANE DE MOURA PASCHOAL
GIOVANNA NASCIMENTO SILVA
RHAMONICK VICTORIA FERREIRA DA SILVA

MULHERES EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: Reflexões e Apontamentos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr^a Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Wanessa da Silva Pontes
Assistente Social - Secretaria de Saúde do Recife

Dedicamos este trabalho para todos que já tiveram um momento de fraqueza: Não vai doer para sempre, então não deixe isso afetar o que há de melhor em você. “Quando a ansiedade já me dominava no íntimo, o Teu consolo trouxe alívio à minha alma” (Salmos 94:19).

AGRADECIMENTOS

Brenda Cailane de Moura Paschoal

Venho por meio desta folha expressar minhas sinceras gratidão àqueles que foram pilares para eu chegar até aqui e me tornar quem eu sou. Agradeço a Deus pelo acalanto que encontrei em suas palavras e pela capacidade de compreensão que Ele é soberano, mas nossa capacidade de escolha ainda é importante. Eclesiastes (3:1) Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Aos meus amados pais, Clodoaldo Antônio e Irene Cristina. A minha mãe, que sempre sentiu orgulho ao me chamar de Universitária, foi a primeira a construir o pilar da minha educação, em incontáveis vezes que me levava de bicicleta para escola sob um sol que nem ao menos eu sentia, porque a mesma sempre me colocou na sombra. Ao meu pai que sempre verbalizou a importância da educação e sempre destacou que o conhecimento era a coisa mais valiosa que ele poderia me oferecer e que nunca seria tirada de mim, o mesmo que inúmeras vezes me concedeu a dádiva do conforto e abriu mão do seu. Dedico a vós toda minha vida acadêmica, pois a única coisa que distingue nossa jornada é o acesso à educação.

Aos meus queridos irmãos Breno Henrique e Caio Victor, que foram meus primeiros amigos e tornaram a minha infância algo que desejo sempre voltar e lembrar, que me mostraram a importância de levar a vida na brincadeira já que não sabemos o que será a vida adulta. A minha sobrinha Maya Luna, que traz luz e clareza a minha vida assim como diz o seu nome.

As minhas avós, Carmem e Maria de Lurdes. Vovó Maria de Lurdes (*in memoriam*) que partiu muito cedo, mas em vida me deu tanto que nem se mensura, o cheiro de tinta e madeira que sua casa tinha para sempre será minha “memória olfativa” favorita. A minha vó Carminha por ter me ensinado a levar a vida com sensibilidade e leveza, minha fé é fruto de todas as palavras de Deus que falastes para mim.

Aos meus amigos “Lelinho” e Yara, que estão comigo a tanto tempo que não dá pra contar na palma das minhas mãos. Sempre serei grata a vida por ter me presenteado com a felicidade e alegria de Yara, assim como peço “obrigada” ao meu

tio Júnior pela amizade de Lelinho, posso falar com extrema segurança que foi o melhor presente que ele poderia ter me dado e o melhor que recebi em minha vida.

As minhas queridas amigas de escrita, Giovanna e Rhamonick. Existe uma fragilidade ao reconhecer que nem sempre podemos fazer tudo só, por isso agradeço pelo companheirismo nessa jornada acadêmica, a carga nunca é leve, mas se tornou suportável ao carregarmos juntas.

As minhas amigas Anna, Maiara e Thamires. Pela amizade que é o maior presente que podemos oferecer uns aos outros e elas me deram sem desejar nada em troca. Até porque “O que é a vida sem os amigos?”. Acredito que o que sou hoje é reflexo de várias pessoas que passaram em minha vida, então agradeço a vocês pela presença.

Por fim, agradeço ao meu eu do passado e do presente. Que eu tenha muitos motivos para escrever linhas como esta de agradecimentos.

Devagar, sua criança louca.

Você é tão ambicioso para um juvenil.

Mas, então, se você é tão esperto,
me diga por que você ainda tem medo?

Onde está o fogo? Qual é a pressa?

Vienna - Billy Joel

AGRADECIMENTOS

Giovanna Nascimento Silva

Início meus agradecimentos dedicando com todo o carinho à minha amada avó, Lucicleide da Silva (*in memoriam*), que partiu para estar com o Pai enquanto eu ainda cursava o terceiro período da Universidade. Guardarei para sempre no coração as lembranças de suas histórias, do som de sua voz cantando pela varanda de casa, dos bolos que preparava e das festas de aniversário que organizava em sua cozinha. Também relembro com emoção nossas últimas conversas, quando juntas sonhávamos com um futuro distinto daquele que hoje estou vivendo. Sei que, mesmo em sua ausência, você continuará sempre presente em minha vida.

Agradeço ao meu bom Deus pela dádiva da vida, pela Sua infinita bondade e misericórdia. O Senhor que nunca me abandonou, que ouviu todas as minhas preces e sempre me concede a honra de senti-lo em meu coração, através do Espírito Santo. Consagro à Nossa Senhora da Conceição a minha vida acadêmica e profissional, pois, sem o Seu amparo, não estaria prestes a concluir a faculdade. Minha doce mãezinha, rogai por nós.

Meu pai, Fábio Alexandre, é o verdadeiro sinônimo de perseverança, bondade, esforço e dedicação, qualidades que o definem de forma admirável. Através dos relatos, percebo que, desde o momento em que nasci, ele tem feito tudo o que é possível para garantir a minha felicidade. Sem dúvida, ele é o melhor pai do mundo, pois é a base do meu alicerce. Minha mãe, Diana Maria, sempre se dedicou incansavelmente para me amparar e realizar todos os meus sonhos, sacrificando sua própria vida para me proporcionar conforto e amor. Mãe, sou eternamente grata por me amar incondicionalmente. Não seria quem sou hoje sem você. Ao meu melhor amigo e irmãozinho, Fabinho, te agradeço por me mostrar o amor de uma maneira tão genuína, você despertou o melhor em mim e não tenho dúvidas de que “você será o meu amor para sempre”, assim como juramos de dedinho.

Agradeço ao meu tio Williams Estevam e à minha tia/madrinha Diomar Maria por sempre cuidarem de mim, por celebrarem cada uma das minhas conquistas e por me incentivarem a cada nova oportunidade. Sou também imensamente grata ao meu afilhado Kauan, por me aceitar como sua madrinha. Que eu um dia possa ser para você tão boa quanto sua mãe, Diomar, tem sido para mim. Minha doce “Lulu”, seu carinho por mim aquece meu coração. Desejo profundamente que, um dia, você

seja tudo aquilo que almeja, mantendo sempre sua doçura e ingenuidade como suas maiores qualidades.

A minha avó Josefa e ao meu avô Antônio, que sempre me ensinaram sobre lealdade, amo vocês incondicionalmente. Aos meus tios e tias, Divanise, Fátima, José Antônio, Karoline, Rafael, Ronaldo e Antônio, agradeço por me ensinarem todos os dias sobre o poder da união e o verdadeiro significado de família, com vocês sei que nunca estarei sozinha.

Ao meu amigo e companheiro, Richard, que, ao longo desses sete anos, tem me mostrado o amor de uma maneira tão honrosa e serena, sou imensamente grata por tê-lo em minha vida e rezo para que Jesus continue sendo a base do nosso relacionamento. É maravilhoso observar o quanto crescemos juntos, pois desde 2018, você me ensina todos os dias a ser uma pessoa melhor. Obrigada por tudo! Ter você ao meu lado é uma verdadeira bênção.

Agradeço imensamente, à minha amiga Amanda, pela bela amizade que criamos ao longo de tantos anos e por ter me apresentado o curso de Serviço Social. Agradeço a “Thamy”, por estar comigo desde o primeiro dia de aula, as nossas boas conversas na parada de ônibus e por me amparar em momentos difíceis. As minhas queridas amigas, “Brendinha”, “Aninha”, “Rharha” e “Alinezinha”, por tornarem esses quatro anos leves e divertidos, nossos melhores momentos sempre serão aqueles que vivemos dentro do meu celtinha, onde nos apoiamos e nos divertimos imensamente. Agradeço por essa amizade que transcende os muros da faculdade e se estende para além da vida.

Agradeço profundamente à minha primeira supervisora de campo, Wanessa Pontes, pelo acolhimento e por me introduzir à área de Saúde Mental. Também sou grata à minha orientadora, Delaine Melo, pelo apoio constante e pelas valiosas contribuições ao longo deste trabalho.

Por fim, faço um agradecimento ao meu eu do presente e uma oração ao meu eu do futuro.

Salve, Rainha, Mãe de Misericórdia,
vida, doçura e esperança nossa, salve.

A Vós bradamos, os degredados filhos de Eva.

A Vós suspiramos, gemendo e chorando neste vale de lágrimas.

Eia, pois, Advogada nossa,

esses Vossos olhos misericordiosos a nós volvei;

e depois deste desterro nos mostrai Jesus, bendito Fruto do Vosso ventre.

Ó clemente, ó piedosa, ó doce sempre Virgem Maria.

Rogai por nós, Santa Mãe de Deus. Para que sejamos dignos das promessas de Cristo.

Amém.

AGRADECIMENTOS

Rhamonick Victoria Ferreira da Silva

Ao meu único e suficiente salvador, Jesus Cristo, que tem sido meu sustento desde o ventre da minha mãe e há 21 anos me faz ter certeza que o Deus de um trilhão de estrelas sabe o meu nome.

Ao meu pai, José Ferreira, que sempre fez o impossível se tornar possível para que os meus sonhos se tornassem realidade. Todavia, mal sabe ele que o meu maior sonho é poder realizar o dele.

A minha mãe, Rosiane Ferreira, minha maior impulsionadora. Quem se faz de arco para que eu possa ser uma flecha. Certamente que, se não fosse a minha mãe, nós não estaríamos vivendo esse momento de conquista.

A minha irmã, Rebeca Lorena, minha fonte inesgotável de amor e combustível para que eu possa continuar até nos dias ruins.

As minhas amigas Brenda e Giovanna, que dividiram comigo não só as risadas sinceras como também as aflições, fazendo com que esse momento se tornasse mais leve.

As minhas amigas, Anna e Maiara, que também estiveram comigo durante a graduação e tivemos uma troca especial durante todos esses anos.

A nossa orientadora, Prof.^a Dr^a Delaine Cavalcanti, por todas as vezes que ela continuou ao nosso lado quando tudo parecia desabar.

Às minhas avós, tias/os e primas/os por me amarem, intercederem e se referirem a mim com tanto entusiasmo. Sem sombra de dúvidas essa conquista é nossa. Que eu possa ser uma ponte e abra o caminho para que as próximas gerações de nossa família tenham a oportunidade de viver a Universidade Pública.

Ao meu companheiro e melhor amigo, José Henrique, por permanecer ao meu lado sendo meu incentivador, transbordando compreensão e afeto.

De todas as certezas que tenho, a maior delas é que, independentemente do que os meus olhos estejam vendo agora, há algo imenso sendo preparado, em silêncio, pelo Senhor.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social emerge da experiência de dois semestres de estágio em um CAPS AD do Recife. Refletimos acerca da presença das mulheres no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e notamos baixa adesão ao tratamento. O objetivo geral, foi “refletir sobre desafios enfrentados por mulheres em tratamento de substâncias psicoativas a partir da vivência do Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social em um CAPS AD”. Metodologicamente, o estudo ancora-se no método crítico dialético que possibilita aprender a realidade na perspectiva da totalidade. Foram adotados os procedimentos do levantamento bibliográfico - com buscas em plataformas de literatura especializada como Google Acadêmico, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual de Saúde -, e do levantamento documental com referenciamento das seguintes leis: Lei Orgânica da Saúde, nº8080/90; Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2001; Lei/Sistema de Política sobre Drogas, nº 13.840/2019. Também fizemos uso das seguintes Portarias: GM/MS nº 2.197/2004 redefine e amplia a atenção integral aos usuários/as de álcool e outras drogas; GM/MS nº 336/2002, regulamenta os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); GM/MS nº 3.088/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tomamos como principais referências teóricas as/os seguintes autoras/es: Érika Silva, Inês Bravo, Marilda Iamamoto, Maria José Osis, Paulo Amarante, Raquel Gouveia. Pode-se indicar que a efetivação da Política de Saúde Mental deu-se tardiamente no Brasil. É válido destacar a necessidade de atenção particularizada às mulheres nos CAPS AD, considerando serem impactadas pelas relações desiguais de gênero na sociabilidade capitalista. Outrossim, indicamos as contribuições do Serviço Social nas equipes de saúde e os aportes da profissão frente à problemática sob estudo.

Palavras-chave: SUS. Política de Saúde Mental. Mulheres. CAPS AD. Serviço Social.

ABSTRACT

This Undergraduate Course Conclusion Work in Social Work emerges from the experience of two semesters of internship at a CAPS AD in Recife. We reflected on the presence of women in the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) and noted low adherence to treatment. The general objective was to “reflect on the challenges faced by women in treatment for psychoactive substances based on the experience of the Mandatory Curricular Internship in Social Work at a CAPS AD”. Methodologically, the study is anchored in the critical dialectical method that allows us to understand reality from the perspective of totality. The procedures adopted were: bibliographical survey - with searches on specialized literature platforms such as Google Scholar, the Online Scientific Electronic Library (SciELO) and the Virtual Health Library -, and documentary survey with references to the following laws: Organic Health Law, No. 8080/90; Psychiatric Reform Law, No. 10.216/2001; Drug Policy Law/System, No. 13,840/2019. We also made use of the following Ordinances: GM/MS No. 2,197/2004 redefines and expands comprehensive care for users of alcohol and other drugs; GM/MS No. 336/2002 regulates the Psychosocial Care Centers (CAPS); GM/MS No. 3,088/2011 establishes the Psychosocial Care Network (RAPS). We took the following authors as our main theoretical references: Érika Silva, Inês Bravo, Marilda Yamamoto, Maria José Osis, Paulo Amarante, Raquel Gouveia. It can be indicated that the implementation of the Mental Health Policy occurred late in Brazil. It is worth highlighting the need for personalized care for women in CAPS AD, considering that they are impacted by unequal gender relations in capitalist sociability. Furthermore, we indicate the contributions of Social Services in health teams and the contributions of the profession to the problem under study.

Keywords: SUS. Mental Health Policy. Women. CAPS AD. Social Service.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABPESS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CONAD - Conselho Nacional de Política sobre Drogas

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários em Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais em Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IAP's - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAMP - Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos marítimos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis, Queer,

Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e Mais

MJ - Ministério da Justiça

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

PLC - Projeto Lei da Câmara

PMI - Programa Materno- infantil

PNE - Política Nacional de Estágio

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA - Substância Psicoativa

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho Conclusão de Curso

UNDOC - United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL	19
2.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde	21
2.2 Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental e Política de Drogas	25
2.3 A Assistência em Liberdade e os Centros de Atenção Psicossocial	30
3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES	33
3.1 Da Perspectiva Materno-infantil Infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	35
3.2 Mulheres usuárias da Rede Atenção Psicossocial	40
3.3 Estágio em Serviço Social e as Reflexões sobre Mulheres em Tratamento no CAPS AD.	44
3.4 Contribuições do Estágio e Aprendizagens na Formação em Serviço Social	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54

1. INTRODUÇÃO

A presente produção constitui-se no Trabalho Conclusão de Curso (TCC), requisito obrigatório para conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco.

A problematização, resulta sobretudo da experiência de dois semestres de Estágio Curricular Obrigatório em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), equipamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹ da Secretaria de Saúde do Recife. Existem CAPS destinados a tratamento de indivíduos que possuem transtornos psíquicos e CAPS AD, destinados àqueles/as que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, incluindo a oferta de CAPS – ‘transtorno e AD’ - para atendimento de crianças e adolescentes. Os CAPS são serviços substitutivos para atenção em Saúde Mental instituídos a partir das lutas sociais, dos movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tais esforços resultaram na conquista, entre outros direitos, do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política de Saúde Mental e da Política sobre Drogas no Brasil, sob a lógica da assistência em liberdade e do cuidado para pessoas com transtornos psíquicos ou por adoecimento resultante do uso intensivo de álcool e outras drogas, denominadas de substâncias psicoativas (SPA's).

Na vivência do estágio, observamos desafios existentes no processo de tratamento de mulheres no Serviço, entre as quais destacamos: o quantitativo de mulheres era muito inferior comparado ao de homens admitidos, as mulheres relatavam enfrentar maiores dificuldades para a permanência no tratamento pelas responsabilidades relacionadas aos afazeres domésticos e expressavam dificuldade de vinculação aos grupos ofertados no CAPS AD pela formação majoritariamente masculina.

Outros elementos a serem apontados, em nossas reflexões foram:

- A culpabilização que as mulheres pareciam “carregar” por serem usuárias de álcool e outras drogas;
- O fato de mulheres aparecerem como principais acompanhantes no Serviço, o que poderia indicar a naturalização das mulheres na função de cuidado à

¹ Constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

família, mas nem sempre no autocuidado. Em nosso entendimento, a herança patriarcal sustenta a posição social das mulheres como mães e cuidadoras das necessidades familiares, quase sempre exigindo renúncia e adiamento de suas próprias necessidades;

- Geralmente, o primeiro contato das usuárias com substâncias psicoativas havia sido por intermédio de namorados e companheiros, mas a presença destes era inexistente como referência de apoio no tratamento. Além da ausência dos companheiros, parecia que a rede de apoio das mulheres era mais restrita, pois costumavam ir sozinhas ao CAPS enquanto os homens contavam com acompanhantes no tratamento (companheiras ou outros familiares). Tais reflexões, fizeram emergir o interesse na temática a ser abordada no presente trabalho.

O estudo foi guiado pelo objetivo geral de refletir sobre desafios enfrentados por mulheres em tratamento de substâncias psicoativas a partir da vivência do Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social em um CAPS AD. Caracteriza-se como uma pesquisa preliminar e descritiva, de abordagem qualitativa. Ancora-se no método crítico-dialético, que “permite alcançar o concreto como síntese das múltiplas determinações, captar as relações sociais de maneira articulada, seus nexos e mediações, numa perspectiva de totalidade [...]” (GUERRA, 1998, p.9). Assim, é possível compreender a totalidade da realidade, através da categoria do método que é a historicidade, totalidade e as contradições. Foram utilizados os procedimentos do levantamento bibliográfico, com consulta nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual de Saúde. As/Os autoras/es de referência principal foram: Érika Silva, Inês Bravo, Marilda Iamamoto, Maria José Osis, Paulo Amarante, Raquel Gouveia etc. Destaca-se, que a pesquisa bibliográfica, para Fonseca (2002):

É realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos e páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (Fonseca, 2002, p. 32).

Outro procedimento utilizado foi o do levantamento documental, especialmente com aporte de portarias, leis e políticas referentes à saúde mental,

como sendo algumas delas: Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90; Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2001; Lei/Sistema de Política sobre Drogas, nº 13.840/2019. Também fizemos o uso das seguintes Portarias: GM/MS nº 2.197/2004 redefine e amplia a atenção integral aos usuários/as de álcool e outras drogas; GM/MS nº 336/2002, regulamenta os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); GM/MS nº 3.088/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A pesquisa documental, conforme de Cardoso e Batista trata “do conhecimento a partir da pesquisa ou análise documental possui como definição a construção do conhecimento a partir de oficiais ou não, não tratados, podendo ser fotos, atas, teses e depoimentos” (2024, p.1). Completando essa ideia ressalta-se a definição de Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p.5) “[...] a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.”, o presente trabalho é construído em uma parcela pelos documentos escritos, acima citados.

O trabalho está sistematizado em quatro capítulos, incluindo a Introdução e as Considerações Finais. No segundo capítulo, discorremos sobre a constituição da saúde como direito no Brasil, o contexto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a relação entre a Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política de Saúde Mental em articulação com a Política sobre de Drogas. Por fim, abordamos a questão da assistência em liberdade e o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços substitutivos.

No terceiro capítulo, vamos analisar a evolução da área da Saúde da Mulher até a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM). Também discutiremos o consumo intensivo de substâncias psicoativas por mulheres e o tratamento oferecido nos CAPS AD. Por último, abordaremos o papel do Serviço Social como componente essencial das equipes multiprofissionais nesses serviços.

Ao finalizarmos a escrita, concluímos pela necessidade de atenção particularizada às mulheres nos CAPS AD, levando em consideração as desigualdades que vivenciam inclusive para o cuidado à saúde. Ademais, ressalta-se a importância da implementação de políticas de saúde mental no país e as implicações das contrarreformas que as fragilizam para a qualidade de vida da população usuária.

2. A CONQUISTA DA SAÚDE COMO DIREITO NO BRASIL

No Brasil, a saúde como direito universal e garantia estatal foi assegurada na Constituição de 1988. A Carta Magna apontava “a construção de um Sistema Único de Saúde, universal e de responsabilidade do Estado, e o direito à saúde como um princípio da cidadania” (Correia, Magalhães e Silva, 2015, p.2).

A atenção à saúde da população brasileira, desde os primórdios históricos, foi marcada por práticas restritivas, campanhistas e filantrópicas para os segmentos mais empobrecidos da classe trabalhadora. Entre 1889 a 1930 a economia brasileira era baseada na agroexportação, que tornou possível o início do processo de industrialização como forma de acumulação capitalista. Nesse período a classe operária mantinha-se sem quaisquer direitos trabalhistas, é válido ressaltar que nesse grupo havia imigrantes para os/as quais o movimento operário não era desconhecido. A mobilização da classe operária no Brasil ocorreu em meio a greves realizadas em 1917 e em 1919, o que resultou na conquista de alguns direitos (Kucharski, Battisti et. al, 2021).

Diante da organização e das mobilizações operárias, ocorreu em 1923, a aprovação da Lei Eloy Chaves, responsável pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A primeira CAP foi a dos ferroviários e, de acordo com a análise de estudiosas/os, deu-se por dois fatores: a importância desse setor para a economia e a mobilização dos trabalhadores (Kucharski, Battisti et. al. 2021).

Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), gerando a primeira proposta de seguro de assistência à saúde para os/as trabalhadores/as. Os IAP's operavam certo controle social da classe trabalhadora e tinham um papel fundamental no desenvolvimento econômico como instrumento de captação de poupança.

Na segunda metade da década de 1950, o Brasil teve maior desenvolvimento econômico a partir da industrialização; diante disso, houve aumento da pressão por assistência médica pelos institutos, os quais estavam perdendo a importância, e promoveu-se um complexo médico hospitalar que fosse capaz de prestar atendimento aos previdenciários e seus dependentes. Ainda nesse período, a população conquistou a criação do Ministério da Saúde em 1953 e em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

A partir de 1964, com a instalação do Regime Ditatorial Militar, a saúde pública foi praticamente constituída por serviços privados, o que representou a precarização da assistência. Em vista de que os IAP's eram limitados a determinadas categorias de trabalhadores/as mais mobilizados/as e organizados/as, o governo procurou garantir os benefícios da Previdência para todos os trabalhadores formalizados urbanos e seus dependentes, desta forma em 1967 ocorreu o processo de unificação dos seis IAP's, serviços de assistência médica, SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social através da implementação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS assumiu uma tendência totalmente privatizante e instalou as condições necessárias para o desenvolvimento do complexo médico-industrial (NICZ, 1982).

A partir da extensão das garantias de benefícios, tornou-se inviável ao sistema médico previdenciário atender todas as populações, até porque não existia investimento público e a saúde era movida financeiramente pelos trabalhadores. O Governo Militar optou por transferir recursos públicos para a iniciativa privada, com o objetivo de obter apoio de setores tidos como importantes e influentes na economia.

Foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pro-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (Polignano, 2020. p15).

Apesar dessa direção privatizante, ocorreram avanços na saúde pública; em 1967, por exemplo, foi promulgada a Lei nº 200/1967, que, em seu Artigo 156, estabelecia que “a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, em âmbito nacional e regional, caberá ao Ministério da Saúde”. Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com o fito de erradicar e controlar as endemias. O Sistema Nacional de Saúde estabelecia o campo de ação dos setores públicos e privados, com o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Não houve, no entanto, a devida destinação de recursos ao Ministério da Saúde, o que impediu a adequada implementação do previsto no marco legal (Kucharski, Battisti et. al, 2021).

A partir de 1975, o modelo econômico dos governos militares entrou em crise e o modelo de saúde previdenciário começou a mostrar sua instabilidade. Ante a priorização da medicina curativa, incapacidade de solucionar problemas de saúde

coletiva, incapacidade de atender à população marginalizada e problema de desvio de verbas. O cenário de reivindicações em vários setores da sociedade, sendo a saúde um desses; originou uma proposta de reformulação da saúde através do reconhecimento das determinações sociais dos processos saúde-doença (Correia; Magalhães; Silva, 2015).

As lutas iniciadas na década de 1970, marcaram a incidência política de novos sujeitos em prol da democracia; entre estes, organiza-se o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que emergia com a defesa da saúde como bem e direito universal, a “saúde como democracia”. Na década de 1980, o Brasil passava pelo processo de democratização e os movimentos sociais cumpriam papel fundamental nesse processo. Movimentos sociais diversos - Movimento Feminista, Movimento Negro, Movimento Operário e Movimento de Reforma Sanitária entre outros - uniram-se contra a ditadura e evidenciaram pautas indispensáveis à vida da classe trabalhadora. O período foi marcado por intensificadas mobilizações e lutas em favor da liberdade e da democracia. Destaca-se que isto não se deu de forma imediata, mas processualmente

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (Polignano, 2020. p.21).

As lutas da classe trabalhadora brasileira inscreveram uma conquista grandiosa em nossa história, como abordaremos a seguir.

2.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

No Brasil, a mercadorização da saúde predominou historicamente e aprofundou-se entre 1964 e 1980, com os governos militares e a ênfase no crescimento econômico aos moldes burgueses e em consonância com o imperialismo estadunidense. Naquele contexto, a saúde pública restringia-se a ações pontuais e fragmentadas. Segundo Trindade, Fonseca e Hochman;

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida, que resultaram em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde (Trindade, Fonseca e Hochman, 2005. p. 61).

A perspectiva da saúde como direito foi formulada na década de 1970, a partir do Movimento Sanitário Brasileiro, no contexto de luta contra a Ditadura Militar e pela instalação do Estado democrático de Direito. A democratização teve forte participação dos movimentos sociais; no âmbito da saúde, o Movimento de Reforma Sanitária e sua propositura de acesso universal à saúde, se opunha por completo ao modelo médico-industrial existente nesse período (Silva, 2016); evocava a implementação de uma Política de Saúde robusta, com reorganização do sistema de saúde. Além disso, o conceito de saúde entrou em debate levantando a questão da determinação social para o processo saúde-doença. Ante o exposto,

A saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida – biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantêm e se reproduzem socialmente (Rezende e Cavalcanti, 2006. p. 70).

Em 1980, o conceito de saúde já estava articulado à conquista da democracia; sendo que o Movimento de Reforma Sanitária viabilizou debates e mobilizações. As propostas centrais do movimento eram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006. p.9).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) na cidade de Brasília, em 1986, foi um fato marcante para a conquista do SUS. A Conferência, numa demonstração de força do Movimento Sanitário, pautou a saúde como direito, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento estatal. Estiveram presentes

entidades representativas de trabalhadoras/es da saúde e a população, potencializando os debates em fóruns específicos, nos quais demandas da população foram problematizadas. Para mais, o relatório final da Conferência concluiu pela imprescindibilidade de mudanças na organização e na assistência à saúde no país; além de uma reforma administrativa, era necessário novo marco legal e uma Reforma Sanitária (Bravo, 2006. p.9).

Em meio à luta pela efetivação dessa conquista, a ofensiva burguesa também permanecia (e permanece) presente. Nesse sentido, salienta-se que, de maneira simultânea, ocorre a disputa por dois projetos: o projeto da Reforma Sanitária que trazia como proposta a democratização e a universalização da saúde e melhoria das condições de vida da população, o qual caracterizou-se como um projeto civilizatório de sociedade (Souto e Oliveira, 2016). Em contraposição, o antagônico projeto de saúde articulado ao mercado – projeto privatista – que tem como objetivo a retração de direitos e o privilegiamento do setor privado -, mediante a isto, o Estado atua em garantir o mínimo aos que não podem pagar, conseqüentemente o mercado amplia-se e assume funções essenciais de gestão e prestação da própria assistência à saúde. Conforme Bravo (2006, p.15), as principais propostas desse projeto são “o caráter focalizado [...], ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fontes com relação ao financiamento”.

Apesar do contexto de intensas disputas, muitas foram as conquistas resultantes dessas lutas pela sociedade brasileira, cujo marco central foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual, entre avanços inéditos, assegurou o Sistema de Seguridade Social no país, conformado nas Políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde. O texto constitucional põe em destaque em seu Artigo 196 “A saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Em consonância às reivindicações da Reforma Sanitária, o que contraria diretamente os interesses privados e pronuncia-se como enorme avanço para a classe trabalhadora, pois, segundo Inês Bravo, ante ao convencional entendimento do Brasil como “incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (Bravo, 2006, p.10).

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As

ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (Bravo, 2006. p.11).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90, regulamentou o novo sistema sob princípios e diretrizes elevadas, e com a garantia do direito universal à saúde. Cabe destacar os princípios orientadores do SUS:

Universalidade: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. p. 63);
Equidade: tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior;
Integralidade: cada esfera de governo; devem ser organizados ações e serviços que visem à integralidade (BRASIL, 1988. p. 63);

Ademais dos princípios, foram definidas as seguintes diretrizes:

Descentralização: à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal; Regionalização e hierarquização: Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região; Participação social: participação da comunidade (Brasil, 1988. p.63).

Apesar da excepcional conquista de direitos sociais na recém promulgada Constituição Federal, a década de 1990 foi marcada por uma profunda mudança do papel do Estado, sob a égide da ofensiva neoliberal. A contrarreforma neoliberal preconizava a retração/perda das funções centrais do Estado, o qual deveria ater-se à regulação institucional com privilégio do setor privado no cumprimento de múltiplas funções (Bravo, 2006).

O neoliberalismo, ao minimizar o papel do Estado, também propunha a retração ou até a extinção de direitos sociais e trabalhistas. A repercussão do desmonte de políticas sociais essenciais para a manutenção da classe trabalhadora,

foi deletéria sobre suas condições de vida. Ademais cresceu o desemprego e a precarização e informalização do trabalho.

Esse contexto afetou (e vem afetando) diretamente o SUS e compromete sua efetivação, pois implica no descumprimento dos marcos constitucionais e legais, além de revelar a omissão do Estado sobre a garantia universal e integral do direito à saúde pela população brasileira. A reconfiguração do papel do Estado sob exigência neoliberal, exalta o mercado e dá-se com a transferência progressiva de responsabilidades para a iniciativa privada, sendo que setores fundamentais como saúde, educação e previdência social passam a sofrer um processo de sucateamento e são, gradativamente, articulados ao projeto privatista que fragiliza o acesso universal e equitativo aos direitos sociais. Assim, segundo Bravo e Matos (2006), a Política de Saúde pauta-se

[...] na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (p. 35).

Tal processo de reconfiguração alinhado aos princípios do neoliberalismo, no qual o Estado deixa de ser o principal garantidor dos direitos sociais universais e passa a atuar de forma restrita e seletiva, materializada na contenção de gastos e na racionalização da oferta de serviços, indica uma estratégia de redução da presença do Estado na provisão direta da proteção social, o que inclui o direito à saúde.

O governo de Fernando Collor de Mello, realizado no período de 1990 a 1992, interrompido por um processo de impeachment, marcou o início de uma ruptura com o projeto democrático da saúde, especialmente pela redução dos investimentos na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela não efetivação de seus princípios fundamentais. Posteriormente, nos governos de Fernando Henrique Cardoso, realizado no período de 1995 a 2002, explicitou-se a adoção de políticas neoliberais. Nesse período, tornaram-se evidentes as ações de grupos contrários ao SUS, bem como o início do processo de publicização do Estado “caracterizado pela transformação dos serviços não exclusivos do Estado em propriedade pública não estatal, por meio da criação das chamadas “organizações

sociais” (Bresser-Pereira; Montañó, 2002, p. 5). Esse processo resultou na transferência de responsabilidades públicas, constitucionalmente atribuídas ao Estado, para o terceiro setor, além da destinação crescente de recursos públicos ao setor privado. Até a atualidade reverberam as inflexões danosas desses processos sobre a vida da classe trabalhadora brasileira.

2.2 Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental e Política de Drogas

De acordo com Torre e Amarante (2018), o modelo de “isolamento terapêutico” surgiu no século XVIII e era caracterizado pela retirada do convívio social dos indivíduos que apresentavam sofrimento psíquico. Inicialmente, as pessoas eram inseridas no denominado “Asilo de Alienados”, posteriormente chamados de “manicômios”; a finalidade era uma só: excluí-las integralmente do convívio social sob argumento da periculosidade e da incapacidade de tratamento exitoso.

O hospício, através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura) e social (louco, perigoso, sujeito irracional). [...] O conceito de “alienação mental” produz um lugar social para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito - ausência do sujeito racional e responsável cívica e legalmente - um sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (Torre e Amarante, 2018. p.04).

No contexto brasileiro, temos como exemplos dessa problemática o Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852, foi o primeiro “Asilo de Alienados” do Brasil. As pessoas ali internadas/aprisionadas eram vistas, além da inferioridade ante “os normais”, como objeto de pesquisa científica. Muitas foram as imposições de subalternização: lobotomia, psicocirurgia, maus tratos, múltiplas violações de direitos humanos; exposição à fome, sede e tratamento degradante (Rodrigues;Silva; Coelho, 2021. p.5). Outro marco da perversidade psiquiátrica, foi o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena², o qual tornou-se conhecido pelas milhares de mortes ocorridas, lugar destinado a pessoas indesejáveis, como: “homossexuais, militantes políticos, desafetos, mães solteiras, mendigos, negros, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua etc.” (Rodrigues; Silva; Coelho, 2021. p.5), retiradas da

² As atrocidades ali vividas estão registradas no livro **HOLOCAUSTO BRASILEIRO: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do país**, de Daniela Arbex, já em sua 20ª edição.

sociedade, vistas como ameaça à ordem social e não apenas por diagnóstico de psicopatologia (Rodrigues; Silva; Coelho, 2021. p.3).

Diante desse cenário, o Brasil inspirou-se nas reformas psiquiátricas da França e a psiquiatria comunitária estadunidense; mas a principal referência foi a reforma italiana sob a liderança de Franco Basaglia, a qual alcançou não só uma psiquiatria democrática, mas baseada nos direitos humanos (Yasui, 2011). No final dos anos 1970, estudantes e profissionais dos hospitais psiquiátricos fizeram mobilizações devido aos casos de violências e às desumanas condições dessas instituições. Aliados ao Movimento Sanitarista, criaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, a partir de denúncias de maus tratos ao Ministério da Saúde, expandiram o debate sobre “o saber psiquiátrico” e o modelo hospitalocêntrico (Amarante e Nunes, 2018).

No ano de 1979, mesmo sem financiamento, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental, na cidade de São Paulo. Também se pronunciou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, congressos e outras mobilizações, pautando o debate da reforma psiquiátrica com reconhecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico como cidadãos/cidadãs de direitos, ancorado na perspectiva pineliana³ de que “a cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade” (Amarante e Nunes, 2018. p. 4).

Em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, encontro em que foi adotada a frase “Por uma sociedade sem manicômios” como uma forma de chamar a atenção da sociedade para a importância do problema. Nesse contexto, foi de grande relevância a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, também na cidade de São Paulo. Ainda em 1987, aconteceu na cidade do Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, um grande marco para o movimento. Dois anos depois, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3657/89, o qual tinha como objetivo extinguir os manicômios e regulamentar os direitos para pessoas em sofrimento mental.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), o Projeto de Lei mencionado anteriormente, fortaleceu os movimentos sociais nas lutas pelas primeiras leis, pelo

³ A inovação pineliana, fundamentou-se no gesto de libertar as pessoas dos manicômios, acreditando-se que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, sendo a favor da liberdade.

fechamento dos manicômios no país e pela sua substituição por uma rede articulada de atenção à saúde mental. É necessário destacar que os manicômios foram progressivamente saindo da cena “terapêutica” com a redução de leitos em funcionamento e alvo de fiscalizações sistemáticas.

Posteriormente, em 2001, a Lei Federal nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, entrou em vigor, após 12 anos de luta e da apresentação do Projeto de Lei nº 3657/89, anteriormente citado. A Lei da Reforma Psiquiátrica, “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Trata-se de uma interrupção no percurso histórico de segregação com o paulatino fechamento dos manicômios, para assistir pessoas com transtorno mental, em serviços de base comunitária e com respeito aos seus direitos (Almeida, 2019). Toda essa mudança ocorreu na esteira da democratização do país, da criação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001 que, em seu Artigo 1º, preconiza

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que se trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 336, a qual “Considerando a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002). A Portaria, no Artigo 1º estabelece, então, os Centros de Atenção Psicossocial, serviços substitutivos aos manicômios “definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional” e com diferentes configurações (Idem), as quais serão abordadas mais adiante. Ressalta-se que, desde o século XIX, à população com transtornos mentais foi imposto controle policial/judicial ou, no âmbito da saúde, internações forçadas. Quanto ao uso de drogas, foi enfática a posição proibicionista, sendo que “a primeira lei proibicionista no Brasil data de 1830, na Câmara Municipal do Rio de Janeiro e oficializava a aplicação de penalidades aos negros vadios que fossem pegos fumando maconha” (Santos e Oliveira, 2013. p.4).

O Decreto nº 85.110, de 1980, de acordo com o Ministério da Justiça e Segurança Pública (2021), instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e

Repressão de Entorpecentes e normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN. Ambos deram origem aos atuais órgãos que atuam na governança da Política Nacional sobre Drogas. Seguiram-se iniciativas de mudança na assistência à população usuária de álcool e outras drogas, tais como:

- O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde, nº 816/GM, de 30 de abril de 2002, intencionava fazer uma expansão para alcançar mais pessoas em uso intensivo de álcool e outras drogas e oferecer cuidados em saúde;

- A publicação da Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, pelo Ministério da Saúde, institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004);

- Dois anos mais tarde, a Lei nº 11.343/2006, “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006), trazendo ainda mais avanços e agregando atividades de prevenção (Santos e Oliveira, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴ do SUS, definida pela Portaria GM/MS 3.088/2011, prevê o atendimento a pessoas que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas ou que estão em sofrimento psíquico. A Política de Saúde Mental, volta-se para ambas as populações e os atendimentos são efetuados na Atenção Primária à Saúde (APS), nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Centros de Convivência. Ademais, as diretrizes de operacionalização da RAPS acompanham os ideais da Reforma Psiquiátrica, objetivando ofertar cuidado, autonomia e liberdade (Ministério da Saúde, 2011). O alto índice de usuários de crack⁵ impulsionou o lançamento, em 2012, do Programa do governo Federal “Crack

⁴ A RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (Ministério da Saúde).

⁵Pesquisa da FioCruz# demonstra que 0,81% da população das capitais e do Distrito Federal fazem uso de crack, resultando em 370 mil usuários.

é possível vencer”. O Programa, vinculado à RAPS, agregava ações de prevenção e promoção de saúde com a estratégia da redução de danos⁶ (Gallassi, 2018).

Em 2013, a Política de Drogas no Brasil sofreu tentativas de retrocessos com a aprovação, pelo Senado, do Projeto de Lei da Câmara (PLC) 37/2013. Esse projeto propunha alterações significativas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). As principais mudanças envolviam o fortalecimento das comunidades terapêuticas e a autorização para a internação involuntária, medidas que contrariavam o princípio da Reforma Psiquiátrica e desconsideravam a estratégia de redução de danos, que visa controlar as consequências adversas do uso de psicoativos sem necessariamente impor a abstinência promovendo, cuidado e respeito à autonomia. O projeto permaneceu em tramitação no Senado por seis anos, sendo sancionado como a Lei nº 13.840 em 5 de junho de 2019.

O golpe de 2016 que levou ao impeachment da Presidenta Dilma Rousseff e elevou à Presidência da República o então Vice-Presidente Michel Temer, desencadeou inúmeros ataques à Política de Saúde Mental e às demais políticas sociais. Entre 2016 a 2019, “foram editadas quinze regulamentações, dentre elas, portarias, resoluções, decretos e editais, esse arcabouço de retrocessos ficou conhecido como Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Para Rosa e Nunes (2024, p.4);

Foi a partir do Golpe de 2016, que se experienciou a deslegitimação da Política Nacional de Saúde Mental, com as Resoluções nº 32/2017 e 1/2018, abrindo a possibilidade para custeio financeiro dos hospitais psiquiátricos (reajuste acima de 60% no valor das diárias) e incentivo de recursos para as Comunidades Terapêuticas (incluindo 12 mil vagas). Um evento que elucida essa forma de gestão intransigente e com ações baseadas no conservadorismo e necropolítica (Rosa e Nunes, 2024. p.4).

A ascensão de Temer, provocou cortes e alterações na Política de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas, conforme segue

Em dezembro de 2017, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) do Ministério da Justiça (MJ), em sua primeira e única reunião do ano, apresentou uma minuta de resolução para uma “nova” política de drogas que consolida elementos dessas medidas citadas, diminuindo o investimento e o protagonismo dos espaços de cuidado em liberdade, como é o caso dos CAPS AD, e desprezando a redução de danos como estratégia terapêutica (Gallassi, 2013.p. 68).

⁶ A partir de 2003, as ações de Redução de Danos deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política de Saúde Mental (Passos e Souza, 2010. p.154).

A história brasileira recente demonstra que, a depender da correlação de forças, as políticas de proteção social podem ser atacadas e até extintas. Todos os avanços aqui elencados, foram provenientes de lutas dos movimentos sociais pela democratização entre 1970 e 1980, e de uma ambiência política minimamente favorável, ainda que alinhada aos interesses burgueses, como nos governos do Presidente Lula e da Presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT). Assim, a luta antimanicomial continua indispensável para efetivação da Reforma Psiquiátrica, manutenção da RAPS e atendimento às demandas da população usuária acometida por transtornos psíquicos ou pelo adoecimento resultante do uso de álcool e outras drogas.

2.3 A Assistência em Liberdade e os Centros de Atenção Psicossocial

Paulo Amarante (1995) aponta a década de 1970, mais especificamente o ano de 1978 como marco da gênese do movimento antimanicomial brasileiro, a partir dos registros das primeiras ações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). No entanto, Disete Devera e Abílio Costa-Rosa (2007) informam a existência de outros marcos da desinstitucionalização manicomial e os primeiros registros da assistência em liberdade. Segundo os autores,

Luiz Cerqueira, um dos principais atores desse processo, situa o primeiro passo do primeiro movimento pela transformação da Saúde Mental no Brasil, a partir de 1967. Neste ano ocorre um encontro, cujos princípios foram consignados na “Ata de Porto Alegre”: pela primeira vez se fala em criação e ampliação da rede extra-hospitalar, fala-se também em reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais, integração da Saúde Mental à Saúde Pública e aceleração dos programas de formação de pessoal (Devera e Costa-rosa, 2007, p. 64).

As discussões iniciais do movimento foram voltadas à Psiquiatria Preventiva Comunitária, baseada na premissa de que a prevenção resultaria em um importante avanço no modelo psiquiátrico brasileiro, embora, seja válido ressaltar, que tal posição estava alicerçada em uma perspectiva liberal, em que a ideia da prevenção serviria para baratear determinados custos com os tratamentos (Mendes, 2016).

Em 1973 aprova-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social, que serve de base para a Portaria do Ministério da Saúde, de 1974. Esses documentos guardam estreita relação com os princípios da Psiquiatria Preventiva Comunitária americana. Ainda como parte das transformações em âmbito federal foi nomeado um profissional

para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em sintonia com o movimento, que faz reformulações no Órgão, chegando a implantar algumas práticas pioneiras (Devera e Costa-Rosa, 2007. p. 64).

Debates, esforços e a luta dos movimentos sociais, culminaram na mudança de modelo na atenção à saúde mental no Brasil. Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira impulsionaram a desinstitucionalização, a assistência em liberdade e a criação de dispositivos substitutivos aos manicômios e ao mecanismo das internações como forma prioritária de tratamento. Segundo Maia (2007), para efetivação desse modelo foi necessária a participação do território social comum pertencente ao indivíduo - famílias, vizinhança, comércios, instituições etc. - junto à atuação de equipes multiprofissionais de saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria 3.088 em 23 de dezembro de 2011, segundo o Portal Saúde (2006), deve contar com diversos serviços interligados, para o cuidado psicossocial a indivíduos com transtornos mentais e suas famílias. A estrutura da RAPS pode variar conforme as necessidades e a população local, funcionando como principal entrada para o SUS e assegurando cuidados completos (Campos, 1992). O serviço central dessa rede é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), complementado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de ambulatórios especializados, residências terapêuticas, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços de urgência e emergência.

A assistência proposta pelos CAPS baseia-se no cuidado psicossocial, provido por equipes multidisciplinares, multiprofissionais, com vinculação territorial e comunitária. Os CAPS são coordenadores da assistência em saúde mental da RAPS nos territórios de abrangência e compõem o SUS, sob a diretriz da municipalização. Volta-se ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e adoecidas pelo uso intensivo de substâncias psicoativas (SPA's) (Ministério da Saúde, 2005. p.27). No município do Recife, a formação da equipe multiprofissional dos CAPS inclui assistentes sociais, enfermeiros/as, farmacêuticos, médicos/as psiquiatras, psicólogos/as, profissionais de Educação Física e terapeutas ocupacionais. Nos CAPS AD, acrescenta-se a presença de médico especialista em clínica geral e redutores de danos.

Considera-se o CAPS um dispositivo como modelo e paradigma de atenção à saúde mental que se tornou componente central para determinada política

no campo da saúde mental. O CAPS conquistou um lugar de existência prevista em Lei, sendo designado como serviço de “[...] atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...], ou ainda, [...] serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo lógica do território (Ferreira et al, 2016, p.2).

A tipologia da oferta dos CAPS acompanhou a demanda de cuidado da população, considerando necessidades terapêuticas, quantitativo populacional e faixas etárias. Assim, conforme a Portaria 336/2002, do Ministério da Saúde, foram organizados CAPS I: Para uma região com população a partir de 15 mil habitantes, tratamento para todas as faixas etárias que sofrem de transtornos mentais ou decorrente do uso de substâncias psicoativas. CAPS II: Para uma região populacional a partir de 70 mil habitantes, oferecendo o mesmo tratamento que o CAPS I. CAPS III: Para uma região populacional a partir de 150 mil habitantes, o tratamento é o mesmo citado anteriormente, entretanto, amplia-se para o atendimento contínuo, de 24 horas, sem suspensão da assistência aos usuários/as. CAPSi: Indicado para região populacional a partir de 70 mil habitantes, oferece o mesmo serviço que os outros, porém é destinado a crianças e adolescentes. CAPS AD: Para população a partir de 70 mil habitantes, destinado a pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas, atendendo todas as faixas etárias. Os CAPS atuam no intuito

[...] acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Ademais, os CAPS atuam sob a lógica da (re)abilitação, (re)integração, (re)inserção e da participação direta dos/das usuários/as na sociedade. Metodologicamente, são utilizadas estratégias de oficinas terapêuticas, diálogos informais, debates temáticos, grupos terapêuticos, assembleias de usuários/as, reuniões de famílias, atividades socioeducativas sobre direitos sociais e como acessá-los para exercício da cidadania. A proposta de cuidado das/dos usuárias/os é individualizada com a sistematização de um projeto terapêutico singular (PTS)⁷ onde podem se inscrever proposições assistenciais e intervenções intersetoriais

⁷ Projeto Terapêutico Singular (PTS) sistematiza propostas terapêuticas articuladas com indivíduo, família ou grupo. Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com a/o usuária/o.

articuladas às políticas de educação, formação profissional, assistência social, cultura e lazer.

3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES

Neste capítulo iremos abordar a conformação da área de saúde da mulher até a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Trataremos do uso intensivo de substâncias psicoativas por mulheres e o processo de tratamento em CAPS AD. Finalizaremos com apontamentos sobre a atuação do Serviço Social como categoria integrante das equipes multiprofissionais nesses serviços.

De acordo com a teórica feminista Simone de Beauvoir “Não se nasce mulher, torna-se mulher” (De Beauvoir, 1952). A desigualdade de gênero atua ideológica e operacionalmente na sociabilidade capitalista, amplia desigualdades vividas pelas mulheres por serem mulheres. A histórica imposição da maternidade, cuidado da prole e trabalho doméstico para assegurar a produção/reprodução social, sedimenta a hierarquização patriarcal que sustenta a construção social vigente. A desigualdade de gênero tem profundas repercussões na vida e na saúde das mulheres.

A intervenção da medicina sobre os corpos das mulheres é antiga. Desde o interesse nos estudos sobre a reprodução, pode-se dizer que a saúde da mulher, ainda que não nos moldes atuais, tornou-se uma especialização do saber médico. Assim, operou-se fortemente a medicalização do corpo feminino, tendo em conta a ênfase em sua função reprodutiva e materna, passível de controle, pois “o gerenciamento da reprodução é fundamental, expresso em um interesse maior na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até no casamento” (Costa et al, 2006. p.7). A medicalização do corpo das mulheres foi e é uma forma de controle social, patriarcal mediado pela medicina em suas tentativas de tratar ou resolver questões que fazem parte da biologia feminina, naturalizando-as e demarcando as diferenças como desigualdades (Campos, 2007).

O século XIX marcou um período significativo na história, especialmente com o surgimento de novas dinâmicas entre homens e mulheres, impulsionadas pelas transformações socioeconômicas da época. A entrada da mulher no mercado de trabalho foi um dos principais reflexos desse processo. Naquele contexto, o

movimento feminista, que lutava (e luta) pelos direitos das mulheres, ganhou mais visibilidade e paulatinamente se constituiu como sujeito político. O feminismo pautou como bandeiras de luta liberdade, igualdade, direito das mulheres à educação e ao trabalho em condições iguais. Como consequência, houve avanços importantes, incluindo o aprofundamento das pesquisas sobre a saúde da mulher (Rohden, 2001). Em contraposição à luta feminista

A ameaça do domínio burguês traduzia-se na maneira pela qual mulheres que reivindicavam direitos eram apontadas pela medicina: “espécies híbridas, não-sexuadas, mulheres-homens, degeneradas, vampiras, assassinas”, incapazes de conseguir marido ou manter família. No fim do século XIX, era comum um processo de identificação da transgressão dos padrões femininos (Costa et. al, 2006. p.5).

Na literatura especializada existem diversas explicações que buscam conceituar os pilares da saúde da mulher. Em algumas formulações, sua representação é conservadora ao que tange apenas os aspectos biológicos e/ou anatômicos do corpo feminino; em outras, são consideradas questões mais amplas, articuladas ao direito sexual reprodutivo, à desigualdade de gênero e à sua construção social. Nas formulações mais restritas, o corpo feminino é enfatizado na função reprodutiva e para a maternidade assumida como finalidade principal das mulheres. Nesse sentido, a saúde da mulher pode restringir-se à saúde materna, alijada dos direitos sexuais e reprodutivos e das relações sociais de gênero (Coelho, 2003). No conceito progressista, a saúde da mulher está vinculada à luta feminista por igualdade/equidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos femininos. Em 1970 o debate chegou ao Brasil, através dos movimentos feministas e homossexuais, tendo como objetivo conquistar direitos para as mulheres, incluindo o tema da sexualidade feminina (Gomes, 2021. p.16). Ante às históricas violências perpetradas contra mulheres, no contexto da década de 1980 emerge a pauta das violências sexuais e cuidado em saúde, incluindo o debate do planejamento familiar, no cenário das mobilizações em prol da democratização da sociedade brasileira e da intensificada luta da classe trabalhadora por direitos sociais.

No que concerne aos direitos das mulheres, o movimento feminista incidiu desde os primórdios sobre a negação de seus direitos humanos, na problematização da histórica subalternização e na denúncia de violências direcionadas à população feminina, incluindo a visibilização do assassinato de mulheres por namorados e companheiros, entre outras violações de direitos.

No campo da saúde, movimentos sociais capitaneados pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) alcançaram a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), público, gratuito e universal. A Constituição de 1988 foi também inovadora na abordagem da proteção de mulheres e crianças contra todas as formas de violência (Gomes, 2021).

Ao longo dos anos 2000, na conjuntura da contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, foram perceptíveis os entraves à efetivação dos direitos constitucionalmente garantidos na recém promulgada Constituição Federal de 1988. Em contrapartida, as pautas a respeito da saúde e dos direitos sexuais estavam circulando em diversos âmbitos, através de grupos para a ampliação do debate na sociedade. As mulheres estavam rompendo com a heteronomia, embora não possuíssem controle sobre o seu próprio corpo, resultado do patriarcado, sistema que atuava contra sua autonomia (Ávila, 2003). As lutas feministas são marcadas por um ciclo de avanços e retrocessos. A seguir, abordaremos mudanças de concepção no âmbito da assistência à saúde das mulheres, resultantes da incidência política dos movimentos feministas.

3.1 Da Perspectiva Materno-infantil Infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

No Brasil, apesar de mudanças, o foco de compreensão e assistência à saúde da mulher ainda tem sido a reprodução e o cuidado materno e familiar. A atenção à saúde na perspectiva materno-infantil parece ainda predomina, bem como a cultura de que a criação dos filhos seria a mais importante contribuição da mulher para o desenvolvimento econômico, assim

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (UNA-SUS, 2013).

Em fins dos anos 1960 e na década de 1970, ademais do advento da pílula anticoncepcional, vendida livremente em drogarias ou distribuída de forma gratuita

como método contraceptivo, eclodiu a recomendação do controle de natalidade, como uma proposição dos países centrais para conter o crescimento da pobreza.

Assim, originaram-se iniciativas governamentais para assistência à saúde da mulher, o Programa Materno-Infantil (PMI), criado em 1975, tinha como finalidade a proteção e assistência à maternidade e à infância; em 1978, na mesma lógica de atenção à maternidade, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, para operacionalizar a assistência ao risco reprodutivo e prevenir complicações gestacionais futuras (Nagahama e Santiago, 2005).

As mobilizações feministas na década de 1970, internacional e nacionalmente, pautaram o debate da equidade de gênero, sobretudo como resultado da I Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México, em 1975, durante o Ano Internacional da Mulher, instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) e o Plano da Década para a Mulher, proposto pela ONU de 1975 a 1985. Tais mobilizações problematizavam fortemente a função social da mulher e pautaram a importância de sua autonomia no âmbito político e econômico. A questão de gênero, pode ser vista como uma das expressões da questão social e necessária de compreensão, de acordo com Nascimento e Ferreira

É necessária a compreensão dos papéis sociais na sociedade, como estes estão imbricados na vida concreta dos sujeitos e como se rebate na perspectiva da saúde. Tal debate permite demarcar o papel da mulher na sociedade, na perspectiva da produção e reprodução das relações sociais, e, sobretudo, da reprodução da vida (Nascimento e Ferreira, 2016. p.6).

A desigualdade de gênero, imbricada à desigualdade capitalista sistêmica, implica nas condições de vida da mulher e efeitos adoecedores particulares sobre as mulheres. Conforme Coelho e Porto (2009, p.22) “subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde–doença”. Desse modo, fica claro que a marginalização das mulheres nos âmbitos social e econômico traz consequências diretas para suas condições de saúde. A desigualdade de gênero e econômica torna as mulheres vulneráveis em diversos aspectos de suas vidas, afetando não apenas seu bem-estar, mas também o acesso a direitos, serviços e oportunidades.

A partir de 1980, no contexto da democratização do país e de a maior incidência do movimento feminista, foram ampliadas as reivindicações de direitos.

Os movimentos feminista e de mulheres, se posicionaram sobre uma política de saúde reprodutiva, como direito social; pautaram demandas ao Estado como “condição de vida da mulher, como direito à creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher” (Conserva, 2011, p. 21). Nesta mesma década, as feministas lograram estabelecer o debate entre diferentes atores progressistas- economistas, sanitaristas e ginecologistas, acerca de um projeto de saúde da mulher que

Contemplasse o planejamento familiar como um direito de cidadania, em contraposição ao controle de natalidade praticado no Brasil desde meados dos anos de 1960 por entidades privadas de planejamento familiar, financiadas por organismos estrangeiros sob perspectiva neomalthusiana (Mesquita, 2011. p.2).

A incidência dos movimentos feministas, no contexto de efervescência política e forte mobilização dos movimentos sociais nos anos 1980, sobretudo, no que se refere à saúde, do Movimento de Reforma Sanitária, influenciou a propositura, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que abrangia o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (Osis, 1998). Importante considerar que uma política que nasceu sob a lógica materno-infantil ampliou sua posição política e operativa, passando a propor cuidado integral à saúde das mulheres (Mesquita, 2011). Nesse sentido

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, como rumos norteadores, a ideia de descentralização, hierarquização e regionalização, bem como de equidade da atenção. Além disso, propôs novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias, apontando para a apropriação, pela própria clientela, de um maior controle sobre sua saúde, seu corpo e sua vida e preconizando, no âmbito da integralidade, a assistência clínico-ginecológica e educativa pré-natal, parto e puerpério, DST, câncer de de colo de útero e de mama e em planejamento familiar (Ministério da Saúde, 1984. p.2).

Ainda no ano de 1984, foram publicados documentos técnicos para conduzir “ações básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher”, que englobava, além da assistência à gestação e ao parto, atendimento a doenças sexualmente transmissíveis. O Programa incorporou ações em relação à sexualidade nas diferentes faixas etárias, acompanhado de investimentos na formação de profissionais e uma nova perspectiva educativa em relação à saúde da mulher. As diretrizes do PAISM “previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das

patologias mais prevalentes nesse grupo” (Osis, 1998). Fomentou a formação continuada de profissionais atuantes na assistência e de encarregados da supervisão e coordenação programática; para garantir formação continuada, foram criados Centros de Referência Regionais. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde via como essencial identificar e apoiar centros que realizavam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área da saúde da mulher, a fim de torná-los fontes de subsídios técnico-científicos que facilitassem a implementação do PAISM. Também estava prevista a adequação e implementação das Normas Técnicas do Ministério, bem como do material instrucional a ser fornecido às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (Osis, 1998). Apesar desses esforços, mesmo após a formulação e implementação desse programa, análises realizadas entre 1998 e 2002 afirmavam que as políticas públicas ainda se mantiveram em estado de atenção aos problemas de taxa de natalidade (Freitas, Moura, et. al, 2009).

Em 2004, o PAISM foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM propôs-se a atuar sob os princípios de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde da mulher; seus princípios e diretrizes resultaram de debates no âmbito dos movimentos feminista e de mulheres, movimento negro, além da participação de pesquisadoras/pesquisadores e gestoras/res do SUS. É, portanto, resultante de uma confluência de esforços e lutas, que encontra no Sistema Único de Saúde (SUS) e no governo federal mais alinhado às demandas populares, uma ambiência favorável à conquista desses importantes avanços.

Consoante ao SUS, a PNAISM considera as determinações sociais da saúde como fundantes. Leva em conta a desigualdade sistêmica e suas inflexões nas formas de viver, adoecer e morrer. Assim, em 2011, o Ministério da Saúde juntamente com os movimentos feminista, negro, trabalhadores rurais, elaborou o documento da PNAISM que elenca as seguintes diretrizes (Una-SUS, 2011);

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (Una-SUS, 2011, p.10).
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis (Una-SUS, 2011, p.10).

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Una-SUS, 2011, p.10).

A PNAISM propôs a ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher. Com isso pretendeu a superação do modelo de atenção materno-infantil e contemplou uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, desde a adolescência até a terceira idade (Ministério da Saúde, 1984).

Outros avanços referentes à saúde das mulheres podem ser apontados, como o reconhecimento da violência de gênero como uma questão de saúde pública (Diário Oficial da União, 2006). Além disso, a saúde da mulher também foi alvo de campanhas do Ministério da Saúde (2011) de prevenção ao câncer de mama e colo do útero, resultando no crescimento da atenção precoce.

No entanto, durante décadas, os movimentos feministas lutaram (e lutam) pela legalização do aborto como expressão da autonomia feminina sobre si mesma. No entanto, até os dias atuais, esse debate continua tensionado principalmente pelos setores conservadores da sociedade, que defendem o controle sobre os corpos femininos e fortalecem o patriarcado.

Em 2022, ocorreu a atualização da Lei nº 9.263 de 1996 para a Lei nº 14.443, sancionada pelo ex-presidente Jair Bolsonaro. Essa nova legislação reduziu a idade mínima para a realização da laqueadura de 25 para 21 anos, tanto para homens quanto para mulheres, e, além disso, passou a dispensar a necessidade de autorização do cônjuge para a realização da cirurgia. A Lei está diretamente relacionada ao planejamento familiar, assegurando à mulher autonomia para exercer, quanto a este ponto, seus direitos sexuais e reprodutivos. Um dos avanços importantes dessa legislação é a ampliação do acesso a métodos contraceptivos e a disponibilização de informações sobre opções durante a gestação. Outro aspecto relevante é o fortalecimento da rede de atendimento integrado, que visa garantir que mulheres vítimas de violência tenham acesso a seus direitos, incluindo a assistência adequada em questões de saúde reprodutiva e sexual (Diário Oficial da União, 2022).

Desta maneira, devido ao percurso de luta e resistência dos movimentos feministas, bandeiras de luta resultaram em políticas públicas em prol dos direitos das mulheres, incluindo a prevenção, promoção e assistência à saúde no SUS, sob horizonte de melhor qualidade de vida e, quiçá, do alcance de equidade ainda que nos moldes da sociabilidade burguesa.

3.2 Mulheres usuárias da Rede Atenção Psicossocial

O tema gênero e uso de substâncias psicoativas (SPA's) ainda é insuficientemente abordado nos documentos oficiais das políticas públicas de saúde. Embora as mulheres sejam mais vulneráveis a situações de violência, à transmissão de doenças e, em alguns casos, à submissão a atos sexuais para sustentar o uso de álcool e outras drogas, somente em 2019, por meio da Nova Política Brasileira sobre Drogas, ocorreu o reconhecimento do aumento do uso de substâncias psicoativas entre as mulheres (Delfino, 2021). De acordo com a Nova Política Brasileira sobre Droga

com relação a outra droga lícita, a experimentação do álcool, tem iniciado cada vez mais cedo. No ano de 2006, 13% dos entrevistados tinham experimentado bebidas alcoólicas com idade inferior a 15 anos. Esse percentual subiu para 22% em 2012. Esses dados são ainda mais preocupantes no público feminino, visto o aumento do uso de maneira mais precoce entre as mulheres (Brasil, 2019)

Além disso, os dados sobre o início precoce do uso de álcool, especialmente entre meninas, reforçam a tendência de crescimento do consumo feminino e apontam para uma mudança nos padrões de uso que merecem atenção. Tais constatações revelam a necessidade de aprofundamento no entendimento das dinâmicas sociais e culturais que influenciam o uso de SPA's entre mulheres.

Segundo a autora, mulheres que fazem uso de SPA's enfrentam barreiras sociais e culturais que impactam diretamente em sua permanência em tratamento nos CAPS AD. Essas barreiras, por sua vez, geram problemas adicionais, expondo as usuárias a riscos elevados de saúde, como agravamento de doenças relacionadas ao uso de substâncias e aumento da vulnerabilidade a violências. Conforme com Delfino et. al (2021);

A imagem de “mulher usuária de drogas” ainda é vista com ressalvas pela sociedade, seja pelo comportamento abusivo em relação à SPA's, seja pelo descumprimento de estereótipos positivistas e patriarcais sobre os comportamentos esperados para o feminino, cuja compreensão pela sociedade ainda é feita através da desconstrução dessa mulher enquanto “boa” e “virtuosa” (Delfino et. al, 2021, pg.16).

Entre os fatores que podem influenciar o adoecimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas, as relações desiguais de gênero integram-se às

determinações sociais da saúde. Pode-se afirmar que, com base na organização social desigual de gênero, as situações de saúde e de saúde mental das mulheres se complexificam, pois mulheres *cis*, mulheres lésbicas, mulheres trans e travestis estão na mira das opressões, explorações e violências no Brasil e no mundo.

A responsabilização com o trabalho doméstico e cuidado à família, conjugados ao provimento econômico demarcam a conhecida “sobrecarga de trabalho” que resulta em formas particulares de adoecimento das mulheres. Segundo Mirla Cisne (2008) gênero é uma construção social que vai além das diferenças biológicas entre homens e mulheres. Não é algo dado, mas sim um processo social e histórico, ligado às relações de poder e estruturas sociais que influenciam as experiências e os comportamentos dos indivíduos em uma sociedade. As desigualdades de gênero assentadas na composição da superioridade masculina-subalternidade feminina, assegura uma relação de poder desvantajosa para as mulheres com desdobramentos nocivos em suas condições de vida e saúde (Silva, 2018).

De acordo com Nascimento et. al (2009), o consumo de substâncias psicoativas por mulheres entra em conflito com o papel social tradicionalmente atribuído a elas. No imaginário social, as mulheres são frequentemente percebidas como figuras delicadas, afetivas e ideais para o ambiente doméstico. Dessa forma, o uso de substâncias psicoativas por mulheres desafia a visão reducionista sobre o feminino e, de certa forma, subverte os papéis sociais que lhes são atribuídos.

A esfera que cabe à mulher é a da família, onde o ideal de existência que encontra é o viver para os outros. Estar fora deste espaço não é somente considerado uma violação social, mas é visto como uma “desnaturalização” (Zanello, Fiuza e Costa, 2015. p. 2).

O início do uso de SPA's por mulheres, quase sempre, ocorre a partir de relacionamentos conjugais, afetivos. Outro elemento a ser considerado é a fragilidade dos vínculos familiares, a vivência de violência na infância e na adolescência. Estudos e pesquisas ressaltam que “mulheres usuárias de álcool e outras drogas ilícitas, tais como maconha, cocaína e crack, possuem histórico de revitimização na vida adulta, vivenciando situações de violência conjugal” (Garcia et. al, 2016. p.143).

O perfil sociodemográfico das usuárias do CAPS AD no qual desenvolvemos o Estágio, demonstra que as usuárias viviam em situação de vulnerabilidade social;

boa parte tinha baixo nível de escolaridade, não possuía renda própria e residia em territórios periféricos. É importante ressaltar que o perfil sociodemográfico variava de acordo com os turnos de atendimento; o turno noturno tinha uma característica diferente, já que é, quase sempre, acessado por usuários/as que se encontram no mercado formal ou informal de trabalho.

Um estudo exploratório num CAPS AD, do Rio de Janeiro, de Silva e Pereira (2015) aponta que a maior parte das usuárias tem mais de 20 anos, é solteira, 62,8% mora com a família e não possui vínculo empregatício (Santos, 2003). No ano de 2017 foi publicado o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), junto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Universidade de Princeton. Destacam-se as seguintes informações:

Faixa etária de 18 a 42 anos; 62% solteiras; 58% tinham ensino fundamental completo; 40% exerciam atividades informais e, a maioria, possuía renda de 1 e 3 salários-mínimos (49%), seguido por aquelas que disseram não ter renda fixa (27%). Sendo assim, a prevalência é de mulheres em idades reprodutivas, baixo nível socioeconômico e com atravessamentos da maternidade em suas vidas (Silva, 2018. p.24).

Ainda em 2017, o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (*United Nations Office on Drugs and Crime - UNDOC*) expôs que no ano de 2015, 0,6% da população fazia uso de alguma droga de maneira problemática, ele apontou que o número de homens era maior que o de mulheres, porém as consequências para as mulheres eram bem maiores. A pesquisa Nacional sobre Crack, em 2014, mostrou que os usuários de crack no Brasil são predominantes homens com um percentual de 76,68% e que 21,32% são mulheres, onde a maioria se encontra nas capitais do Brasil. A mulher brasileira usuária dessa substância está entre os 18 e 29 anos, são não brancas, 60% não possui ensino médio, solteira, 45,6% vivem em situação de rua, mais de 30% já esteve presa (Silva, 2018).

Leão et. al, em um estudo descritivo elaborado em 2020, afirma que as mulheres presentes no CAPS eram 81,1% na média dos 38 anos, 52,7% não tem um companheiro, 83,5% não possui vínculos empregatício, 64,5% estão em situação de rua e as substâncias psicoativas que mais consumida é o crack (72,4%) e o álcool (67%), a média de idade inicial do uso de SPA's foi aos 17 anos. Porém, existe

uma predominância do uso intensivo em mulheres acima dos 30 anos de idade, divorciadas ou solteiras e de baixa escolaridade (Sarmiento et. al, 2018).

Estudos indicam que as usuárias do CAPS AD são mulheres pretas ou pardas, de faixa etária acima dos 20 anos, em grande parte possui filhos, não têm renda fixa e possuem baixa escolaridade (Alves e Carvalhaes, 2024). Em conformidade a pesquisa de Tassinari et. al (2018) acerca da caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas, verificou-se a predominância de mulheres solteiras na faixa etária dos 30 aos 49 anos de idade, com 1 filho e com ensino fundamental incompleto.

No que se refere às drogas que as motivaram a buscar tratamento, foi identificado o uso de múltiplas substâncias como dado predominante, seguido de álcool e crack. A maioria das mulheres começou a fazer uso ainda na menoridade; outra característica marcante é que as relações familiares delas são conflituosas, geralmente relatam alguma expressão de violência doméstica vivida no passado ou no presente. Compreende-se que a combinação dos estruturantes classe, raça e gênero, associam-se a dificuldades de acesso aos direitos e podem ser determinantes na vida e na saúde dessas mulheres.

Quanto à perspectiva da redução de danos adotada como diretriz do cuidado, em relação às mulheres, há que se levar em conta as desigualdades de gênero e suas repercussões na vida das usuárias para a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). É importante problematizar como se reflete a questão de gênero nos serviços de saúde e como são atendidas as queixas e as demandas das mulheres atendidas. Não parece haver aprofundamento da generificação da vida social e a proposta de cuidado às mulheres, reforça a 'natureza feminina' e as noções de gênero enraizadas culturalmente

O controle do Estado sobre mulheres usuárias de SPA's exige intervenções. Segundo Alves e Carvalhaes, isso ocorre quando há, por exemplo, desvio da função de cuidado esperado por usuárias gestantes, conforme segue:

Esse mecanismo se ilustra pela recorrência de ofícios de encaminhamento com conteúdos relativos a maternagem assim como pela judicialização de gestantes usuárias, o que torna evidente que dificuldades de saúde coletiva são muitas vezes tratadas como questão de segurança pública, de modo que o Estado tenta obrigá-las a realizar um tratamento que, em teoria, deveria ser voluntário, compelindo à equipe do CAPS-AD a tarefa de efetivar a busca-ativa delas, situação que desestabiliza vínculos terapêuticos e é pouco efetiva no que se propõe (Alves e Carvalhaes, 2024. p.5).

Nesse sentido, diferente dos homens que buscam tratamento com apoio da família, mulheres buscam tratamento de forma mais solitária e quase como uma reparação por falharem na função de cuidado de outros, carregando estigmas de fracasso como filha, mãe e esposa. Esses fatores afetam diretamente o acesso e a permanência das mulheres no CAPS AD, sobretudo quando não possuem apoio, quando têm filhos pequenos e não têm com quem/onde deixá-los, e, para as que têm ocupação laboral, quando não têm condições de liberação do trabalho.

3.3 Estágio em Serviço Social e as Reflexões sobre Mulheres em Tratamento no CAPS AD.

Em consonância com a formação socio-histórica patriarcal, como já abordado, na atualidade permanece a utilização do tempo e da energia das mulheres na produção/reprodução social, requisitando-lhes responsabilidades como mãe, cuidadora e mantenedora da ordem no lar. Assim lhe são designadas inúmeras tarefas – domésticas e de cuidado - e expectativas comportamentais distintas às poucas incumbências sociais esperadas dos homens (Silva, 2018).

Até mesmo no que tange ao uso de álcool e outras drogas por homens, a questão se torna melhor compreendida socialmente. Quanto à situação de mulheres usuárias, existem estigma e preconceito; passam a ser marginalizadas e inferiorizadas por não estarem cumprindo sua função social, o que afeta diretamente na busca e continuidade de tratamento na RAPS (Silva, 2018). De acordo com um estudo realizado por Silva, Pereira e Penna (2020) em um CAPS AD II, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, foi desvelado que o parecer da equipe de profissionais de saúde acerca das mulheres usuárias de cocaína e crack era influenciado pela designação conservadora de gênero. Segundo os autores, os /as profissionais enxergavam as mulheres como mais frágeis e sensíveis em relação aos homens, o que seria uma particularidade inerente à natureza feminina e sua constituição biológica. Junto a isso, a função do cuidado da família e dos filhos mantinha-se como motivador para conclusão do tratamento pelas usuárias.

No caso das mulheres, o uso de substâncias químicas pode vulnerabilizá-las ainda mais acentuadamente, na medida em que deixam de exercer papéis socialmente esperados, como o de boas mães, cuidadoras e provedoras. Isto significa que, não atendendo a esta lógica e expectativa

social, tornam-se mais frequentemente rejeitadas por suas famílias e comunidade, o que impactará significativamente sua saúde e recuperação (Caderno Espaço Feminino, 2019. p.31).

Ainda segundo os autores, essa prática acarreta um desequilíbrio na articulação dos profissionais com a demanda das mulheres, dificultando a compreensão da particularidade dos contextos nos quais estão inseridas. Além disso, as normas e organização das atividades dos serviços de saúde representam muitas vezes um dificultador do acesso e permanência para as usuárias.

De acordo com Viacava (2010), a busca e acesso aos serviços de saúde no Brasil tem crescido consideravelmente, em todos os níveis de especificidade nos últimos dez anos. Estudos sobre as disparidades de gênero na saúde mostram que as mulheres representam a maioria da população que se utilizam dos serviços de saúde (Pinheiro et. al, 2002). Em contrapartida, na questão do abuso de drogas e/ou dependência química, essa situação se inverte, sendo os homens a população predominante. Partindo dessa compreensão, no que tange o acesso aos serviços de saúde por mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, existem especificidades que nem sempre são atendidas devido à existência de possíveis barreiras que encontram para obter os cuidados necessários.

De acordo com uma pesquisa realizada por Zanello e Silva (2012), a partir de levantamentos realizados em prontuários de usuárias que passaram por duas Redes de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, em três décadas, os sintomas encontrados nos relatórios das pacientes femininas diagnosticavam o quadro das mulheres como: “climatério”, “rebelde”, “fragilidade emocional”, “mãe solteira”, “gosta de chamar a atenção”, “frustração de não ser amada”, “sensibilidade histérica”, “desapego das tarefas domésticas”, “falta ou diminuição da libido”, “ciúmes”, “frustração com a carga familiar”, “controladora nos relacionamentos afetivos”.

Targino (2017) aponta que o tratamento apropriado para as mulheres usuárias de SPA's deve levar em conta a lista de demandas associadas a possíveis traumas vividos ao longo da vida, a questões afetivas e a especificidades históricas do feminino, de forma a particularizar ações específicas para este público. Inegavelmente, a presença dos CAPS significa avanço muitíssimo importante na qualificação da atenção em saúde mental no Brasil. Resultantes da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os Centros de Assistência Psicossocial de Álcool e Outras Drogas são a materialização de uma grande vitória

em meio às diversas tentativas de controles sociais já registradas na formação da sociedade brasileira. Todavia, os CAPS, enfrentam limites, desafios e entraves, desde o sucateamento, desfinanciamento, redução de insumos e recursos humanos advindos dos impactos das contrarreformas neoliberais ao conservadorismo que grassa nos serviços e equipes de saúde, com repercussões deletérias no reconhecimento das especificidades das demandas das mulheres e da comunidade LGBTQIAPN+, por exemplo.

A oferta de espaços que possibilitem às mulheres o reconhecimento crítico de sua posição na sociedade e promova o fortalecimento de sua subjetividade e de sua cidadania, é um dever ante resquícios históricos, refletidos nos estigmas que permeiam o tratamento das mulheres. Há um longo caminho a ser percorrido para que essas superações se tornem realidade concreta e eficaz contribuindo para a minimização das desigualdades de gênero no cuidado à saúde mental de mulheres.

3.4 Contribuições do Estágio e Aprendizagens na formação em Serviço Social

A Política Nacional de Estágio em Serviço Social (PNE) estabelecida pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 2010), “na direção de construir parâmetros orientadores para a integralização da formação profissional do assistente social, no horizonte do projeto ético-político profissional do Serviço Social” (p. 07). A elaboração do documento contou com a contribuição de docentes, assistentes sociais e estudantes de Serviço Social. Nacionalmente, a aprovação da Lei 11.788/2008, alterou o artigo 428 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), formalizou as normas, deveres e direitos para os estagiários em todo o Brasil, além disso, reforçou a responsabilidade das Instituições que oferecem estágios (Diário Oficial da União, 2008). Fundamentado nisso, o conjunto CFESS/CRESS indicou a necessidade de uma Política Nacional de Estágio (PNE), visto que, teria como objetivo a melhoria na qualidade de ensino durante a graduação, mas também seria um meio de enfrentamento do ensino a distância. Em 29/09/2008, o CFESS aprovou a Resolução nº 533, “onde regulamenta a supervisão direta de estágio supervisionado no Serviço Social”. Tendo como diretrizes:

que a norma regulamentadora, acerca da supervisão direta de estágio em Serviço Social, deve estar em consonância com os princípios do Código de Ética dos Assistentes Sociais, com as bases legais da Lei de

Regulamentação da Profissão e com exigências teórico-metodológicas das Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social aprovadas pela ABEPSS, bem como o disposto na Resolução CNE/CES 15/2002 e na lei 11.788 de setembro de 2008. [...] Que a atividade de supervisão direta do estágio em Serviço Social constitui momento ímpar no processo ensino-aprendizagem, pois se configura como elemento síntese na relação teoria-prática, na articulação entre pesquisa e intervenção profissional e que se consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do aluno nos diferentes espaços ocupacionais das esferas públicas e privadas, com vistas à formação profissional, conhecimento da realidade institucional, problematização teórico-metodológica (Resolução CFESS nº533 de 29/09/2008).

Em nosso período de estágio em um CAPS AD, percebemos elementos importantes que nos fizeram refletir e alcançar a problematização do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sobretudo a partir de vivências com a população usuária do Serviço, atendimentos supervisionados, debates com a equipe técnica e registros em diário de campo que possibilitaram reflexões, questionamentos e memórias da prática, como instrumental importante para nós, discentes da graduação, em processo formativo acadêmico e profissional.

Quanto aos registros em diário de campo destacamos a experiência de participação em atividades de grupos ofertados para os/as usuários/as. Salientamos a potência desses momentos de diálogos e partilha de opiniões. Chamou-nos a atenção a participação das mulheres usuárias do serviço, suas falas e exposição de dificuldades embasaram a problemática que se constituiu em objeto de estudo. Exemplo disso foi a existência de um grupo para as mulheres desfeito após um ano do seu início; esse acontecimento influenciou o questionamento e a busca de respostas para a não continuidade do grupo e o motivo de não ser um grupo de oferta contínua nos serviços. No levantamento bibliográfico, identificamos autoras/ autores que discutiam a questão e foram base para nossa pesquisa.

A Supervisão de estágio em Serviço Social é atribuição privativa de assistentes sociais e momento diferenciado na formação acadêmica, pois permite a aproximação aos campos de prática e aprendizagens diversificadas sobre o fazer profissional. Nesse sentido, podemos dizer que a vivência do estágio no CAPS foi fundamental para a apreensão da identidade profissional e para a articulação dos conteúdos teóricos transmitidos no Curso com a atuação que deve ser assumida profissionalmente pela categoria.

Como temos estudado no Curso de Graduação, a profissão do Serviço Social está posta na divisão sociotécnica do trabalho, intervindo nas expressões da questão social, De acordo com lamamoto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] A questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (lamamoto, 1997. p.14).

Robaina (2010) informa que o Serviço Social se fez presente em serviços de saúde no país desde os primórdios. No Percurso da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a profissão se inseriu nas lutas e debates. Com a organização do novo modelo de atenção em saúde mental e o predomínio dos saberes psi, já foi questionado onde a/o assistente social atuaria de acordo com os princípios da profissão sem perder sua identidade?

Verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social: identificada como a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica. [...] Uma outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito (Robaina, 2010. p.7).

Na vivência do Estágio Curricular Obrigatório, foi possível observar o exercício das atribuições privativas da/o assistente social que articulam as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão e subsidiam o posicionamento profissional frente à realidade e o planejamento de estratégias de intervenção. Com base na Lei de Regulamentação da Profissão, Lei 8.662/1993 e no Código de Ética Profissional (1993). Assim

As atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço socio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2009. p.16).

Em um CAPS AD, as atividades realizadas cotidianamente com os/as usuários/as são assumidas quase que igualmente por todos/as os/as profissionais da equipe multidisciplinar. Nesse sentido, como parte da equipe as/os assistentes sociais acompanham os/as usuários/as, coordenam grupos temáticos, realizam atendimento individual e familiar, visitas domiciliares, participam das assembleias deliberativas das/dos usuárias/os, das reuniões clínicas e técnicas, desenvolvem atividades de matriciamento, atuam como Técnicos/as de Referência⁸ (TR's), assumem cargos de gestão.

Em conformidade com suas competências e atribuições privativas, a atuação profissional de assistentes sociais se distingue de outros/as profissionais, pela direção social clara e ações abrangentes, articuladas ao contexto social do/a usuário/a e à garantia de direitos. Problematizam as condições de vida e fomentam maior engajamento político dos/as usuários/as enquanto cidadãos de direitos. Quando coordenam grupos, buscam abordar temas que estejam ligados à diversidade, direitos e políticas sociais, organização e mobilização comunitárias; realizam atividades sistemáticas de socialização de informações sobre a garantia e acesso a direitos e políticas públicas. Considerando o empobrecimento da população usuária, abordam tópicos como o Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-moradia, importância da documentação e os serviços da rede socioassistencial.

Ademais, nos diálogos com as/os demais profissionais e nas reuniões técnicas, percebe-se a importância da perspectiva crítica do Serviço Social, da ênfase na problematização sobre o contexto de vida, trabalho, condições materiais de existência e seus impactos à saúde e saúde mental da população usuária.

Salientam-se dois apontamentos que possuem predominância quando se trata de assistentes sociais em CAPS: em sua maioria são as/os assistentes sociais que coordenam o *grupo família* - atividade semanal de acolhimento, escuta, orientações e encaminhamentos junto às famílias de usuários/as, e o *grupo cidadania* - aborda temas diversos articulados aos contextos econômico, político, territorial, comunitários e de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas. Não apenas o que é feito, mas como é feito, o que diferencia a atuação profissional de

⁸ No Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto.

assistentes sociais no CAPS AD. A função pedagógica da profissão, o uso de metodologia da educação popular, funcionam “como um movimento de ação e reflexão, ao passo que reflete sobre a realidade, adjunto a prática de organização de lutas sociais” (Gouveia et. al, 2024. p.4).

Ademais, o Serviço Social fomenta a participação dos/as usuários/as nos diversos espaços de debate e decisão, como as reuniões mensais da RAPS no território, onde se fazem presentes todos os CAPS do Distrito Sanitário⁹, profissionais e usuários/as para um debate ampliado sobre as políticas, os serviços, demandas não atendidas pela Prefeitura, dentre outras coisas que aguçam o posicionamento crítico e o fortalecimento da consciência crítica do/da usuário/a.

A dimensão pedagógica do Serviço Social se efetiva nessa relação de aprendizados mútuos entre o/a assistente social e o/a usuário/a. Como *telos*, visa contribuir para a consciência de classe, para ampliação do conhecimento crítico, popular sobre a coisa pública (Gouveia et. al. p.11).

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (Giuliani e Faler, 2016. p.9).

É válido salientar que a/o assistente social investiga e compreende a Política sobre Drogas além de uma questão de saúde ou problemática social, como expressão da questão social, posto que o uso intensivo de substâncias psicoativas está relacionado às relações sociais de exploração e opressão marca do sistema capitalista.

Essa perspectiva também se aplica à desigualdade de gênero desvantajosa para as mulheres que costumam ter intensa sobrecarga de trabalho dada a constante tensão entre trabalho produtivo e reprodutivo. Problematiza-se que tentar conciliar responsabilidades profissionais e familiares é uma tarefa impossível, que provoca a exaustão das mulheres, motivo pelo qual diversas pesquisadoras

⁹ A organização da assistência em distritos sanitários (DS) supõe a diferenciação preliminar do DS enquanto modelo organizacional-gerencial de recursos/serviços de saúde, num dado território e como modelo assistencial para atenção/prestação de saúde a uma dada população. Faz uma abordagem do distrito sanitário, entendendo-o como modelo de regionalização de práticas de saúde (AMSB).

propõem substituir o termo “conciliação” por “tensão” ou “contradição” (Hirata & Kergoat, 2007).

Dias et. al (2018) enfatiza o posicionamento do CFESS em relação ao posicionamento crítico e reflexivo da/do assistente social, em concordância com o Código de Ética, para atuar de forma a superar quaisquer atitudes preconceituosas, racistas, misóginas, transfóbicas, o que demarca intervenções humanizadas e democratizantes pela categoria profissional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foi possível refletir sobre as Políticas de Saúde e de Saúde Mental, considerando os contextos anteriores e posteriores à institucionalização do SUS. Observou-se a defasagem no compromisso do Estado com os princípios do sistema universal, integral e equânime, conquistado pela força dos movimentos sociais e que se desdobrou numa atenção particularizada à saúde integral e aos direitos das mulheres.

Igualmente buscamos evidenciar a influência do neoliberalismo e as consequentes contrarreformas aplicadas pelo Estado brasileiro nos últimos 30 anos, sendo nítida a fragilização das políticas de proteção social. A ofensiva conservadora vem acarretando na precarização, sucateamento, desfinanciamento das políticas sociais. O SUS e a Política de Saúde Mental têm sido impactados por contrarreformas. Mulheres em sofrimento psíquico, sobretudo as que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas, são revitimizadas pela organização desigual de gênero e subsiste sua estigmatização no acesso e tratamento nos serviços de saúde.

Durante nosso estágio curricular obrigatório em um CAPS AD, observamos disparidade na presença de homens e mulheres em tratamento na instituição. A maior quantidade de mulheres que frequentam os CAPS está na função de acompanhantes, em comparação ao número de usuárias. Isso demonstra, como já mencionado, a generalizada realidade vivida pelas mulheres de trabalho doméstico e de cuidado à família, repercutindo na continuidade de seu tratamento.

A atuação da/do assistente Social é fundamental nesse espaço socio-ocupacional, pois sua intervenção contribui para a promoção da saúde integral das usuárias; favorece o conhecimento da realidade das/dos usuárias/os e o

planejamento de intervenções estratégicas com vistas a promover o acesso a direitos pela população usuária.

Em relação a estratégias de viabilização de acesso e a permanência das mulheres no CAPS AD, refletimos sobre as seguintes questões:

- A disponibilização de um espaço seguro para que as mulheres mães pudessem deixar seus filhos enquanto participam das atividades e grupos propostos no Serviço, poderia contribuir na adesão e continuidade do tratamento;
- A viabilização do *passé livre* para locomoção até o CAPS, poderia ser uma resposta exitosa para as usuárias, dada a condição quase generalizada de vulnerabilidade socioeconômica entre as usuárias;
- Além disso, a propositura de um grupo de mulheres, para partilha, trocas, socialização de experiências em roda com outras mulheres, poderia cumprir uma lacuna de diálogo, apoio mútuo e organização coletiva.

Como mencionado neste trabalho, o sofrimento psíquico e o estigma do adoecimento mental articulam-se diretamente à sociabilidade burguesa, ao modo de produção capitalista. Visto que a desigualdade é condição intrínseca para perpetuação do sistema capitalista, que, fundado na estrutura de classes sociais distintas, fomenta outras formas de exploração e opressão como o racismo, o patriarcado, o capacitismo, o etarismo e formas aguda de subalternização pela condição dos sujeitos/segmentos populacionais, o que repercute na agudização dos processos saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Luiza Martins Ferroni; CARVALHAES, Flávia Fernandes de. **“Triste, louca ou má”**: análise dos modos de nomeação de mulheres usuárias do CAPS-AD. Anais do CONSEDIGE, [S.l.], v. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://anais.uel.br/portal/index.php/conserdigeo/article/view/3662/3375>. Acesso em: 31 mar. 2025.

AMARANTE, Paulo. **Movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta Por Uma Sociedade Sem Manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **De Volta à Cidade, Sr. Cidadão! - Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. *Revista De Administração Pública*. p. 1-18, 2018.

ARBEZ, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS**. 2010.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2. p. 1-5, 2003.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1952.

BOTTI, N.; SILVA, M. A. S.; SANTOS, M. A. S.; SILVA, J. P. P. **Interfaces Entre Gênero e Dependência Química: Trajetórias Femininas**. *Revista de Estudos da Linguagem*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 149-168, 2014. . Acesso em: 31 mar. 2025.
7(4):687-707, 2002. acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Edição Extra, p. 7-12, 11 abr. 2019. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, **Que Dispõe Sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2001.

BRASIL. Portaria nº 336/2002: **Organização dos CAPS no Brasil**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3657, de 1989**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 3 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Histórico da PNAD. **Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça e Segurança Pública.** Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-s-enad/historico-da-pnad>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 29 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).** Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Institui a regulamentação do estágio de estudantes.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2008. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em 1 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Intitulada como a Nova Lei de Drogas.** Diário Oficial da União, Brasília, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 01 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.443, de 21 de julho de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que dispõe sobre a regulação do planejamento familiar.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2022. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.443%C2%0DE%20%20DE%20SETEMBRO%20DE%2022&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%209.263,no%20%C3%A2mbito%20do%20planejamento%20familiar. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1984. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanhas de prevenção ao Câncer de Mama e Colo do Útero**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília. p.1-56, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para os serviços de saúde mental e centros de atenção psicossocial (CAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saud-e-sus/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 1 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13622.html>. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Brasília, 1984.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elisabete; GOMES, Lúcia; BRAVO, Maria Inês Souza; TEIXEIRA, Maria; MARSIGLIA, Regina; UCHÔA, Rosângela (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-24.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A.P.(Org.). **Política social e democracia** 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215

CALDAS DOS SANTOS, Anna Maria Corbi. **Articular Saúde Mental e Relações de Gênero: dar voz aos sujeitos silenciados**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 25, n. 12, p. 4673-4682, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9wRPZFx33WbWTM4FjrsPLTp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CAMPOS, L. F. **Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil: uma análise das redes de atenção psicossocial**. Brasília, 1992.

CAMPOS, Regina Maria Araujo. **A Medicalização do Corpo Feminino: um olhar crítico sobre as relações de gênero na saúde**. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social e Lei de Regulamentação da Profissão** - Lei nº 8.662/1993. Brasília, 2009.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 533, de 29 de setembro de 2008**. Regulamenta a supervisão direta de estágio supervisionado no Serviço Social.

CISNE, Mirla. **Serviço Social: Uma Profissão de Mulheres para Mulheres? Uma Análise Crítica da Categoria Gênero na Histórica “Feminização” da Profissão**. 2004. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12949. Acesso em: 31 mar. 2025.

CLEMENTINO, Milca Oliveira; JUSTINO, Flávia Jaiane Mendes; MAIOR, Nívea Maria Santos; SILVA, Mayara Duarte. **Serviço Social e Marxismo: contribuições do método crítico-dialético para a produção de conhecimento**. *CBAS: Ciência & Sociedade*, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 1-15, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/852/830>. Acesso em: 31 mar. 2025.

COELHO, Maria de Lourdes; PORTO, Maria de Fátima. **A Saúde da Mulher e os Determinantes Sociais: reflexões sobre a subalternidade feminina**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2222-2229, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n10/2222-2229/pt/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, Coopmed, 2009.** Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/.../85/saúde%20da%20mulher.pdf?>>. Acessado em: 29 de mar de 2016

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Lei Antidrogas é Aprovada Pela Comissão de Constituição e Justiça do Senado.** Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/lei-antidrogas-%C3%A9-aprovada-pela-comiss%C3%A3o-de-constitui%C3%A7%C3%A3o-e-justi%C3%A7a-do-senado>. Acesso em: 6 de mar. 2025.

CONSERVA, Roberta Campelo de Oliveira. **Um Enfoque na Atenção Voltada Para as Mulheres.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 11, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1641/1/PDF%20-%20Roberta%20Campelo%20de%20Oliveira%20Conserva.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CORREIA, Gustavo; MAGALHÃES, Ana Lúcia de Moura; SILVA, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (Orgs.). **Organização e Operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

COSTA, Maria do Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRZYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Carmo Borges de. **Naturalização e Medicalização do Corpo Feminino: o controle social por meio da reprodução.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 20, p. 363-380, jul./dez. 2006.

DELFINO, Juliana Maia. **Assistência à saúde de mulheres usuárias de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa do contexto brasileiro.** 2021. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Mulher) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/219086>. Acesso em: 4 maio 2025.

Dependência Química e Gênero: um olhar sobre as mulheres. Caderno Espaço Feminino, [S. l.], v. 31, n. 2, 2019. DOI: [10.14393/CEF-v31n2-2018-8](https://doi.org/10.14393/CEF-v31n2-2018-8). Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/nequem/article/view/47366>. Acesso em: 31 mar. 2025.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. **O Movimento Pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Construção do Modelo de Atenção em Saúde Mental.** São Paulo: Hucitec, 2007.

DIAS, Ana Beatriz Nobre; PEREIRA, Ernandes Victor Gomes; DOURADO, Juliana Frota; SOARES, Raí Vieira. **Questão Das Drogas e Serviço Social: contribuições para o debate.** In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. p. 1-17, 2018.

FERREIRA, Jhennipher; Mesquita, Nathalia; Silva, Tatiani; Silva, Vanessa; Lucas, Welliton; Batista, Eraldo. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma**

instituição de referência no atendimento à saúde mental. Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol.4, n.1. p.1-15, 2016.

FERREIRA, M. P. et al. **O modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil: experiências e desafios.** São Paulo: Editora Cortez, 2016. FIOCRUZ. Fiocruz apresenta resultados de pesquisa sobre crack e exclusão social. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-apresenta-resultados-de-pesquisa-sobre-crack-e-exclusao-social#:~:text=O%20estudo%20revelou%20que%20o,de%20idade%20de%2030%20anos.> Acesso em: 1 abr. 2025.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAS, Sílvia Helena Costa de; MOURA, Eliane Nogueira de. **Políticas públicas de Saúde da Mulher: análise do período 1998-2002.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 9, n. 2, p. 155-162, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4y7y9z8/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

GALLASSI, Andrea. **A Política do Ministério da Saúde na Atenção às Pessoas em Uso Problemático de Álcool e Outras Drogas: avanços e retrocessos. boletim de análise político - Institucional.** Brasília, 2018.

GARCIA, Frederico Duarte (Org.); COSTA, Michelle Ralil da; GUIMARÃES, Livia Pires; NEVES, Maila de Castro Lourenço das (Orgs.). **Vulnerabilidade e dependência química.** Belo Horizonte: 3i Editora, 2016.

GIULIANI, Ieda Maria; FALER, Camila Susana. **As Contribuições da Atuação do Assistente Social na Saúde Mental.** Anais do III Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família e I Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: Crise, Conservadorismo e Resistência, 2016.

GOMES, Juliana Cesario Alvim. **Direitos Sexuais e Reprodutivos ou Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos? Dilemas e Contradições nos Marcos Normativos Nacionais e Internacionais.** Revista Direito GV, v. 17, n. 3, 2021.

GUERRA, L. **Método Crítico-Dialético e Suas Implicações na Análise das Relações Sociais.** 1998. p. 9.

HIRATA, Helena, & KERGOAT, Danièle. (2007). **Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho.** Cadernos de Pesquisa, 37(132), 595-609.

IAMAMOTO, Marilda V. **A questão Social e o Trabalho do Assistente Social.** São Paulo: Cortez, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA EM SAÚDE (INTS). **Projeto Terapêutico Singular.** 2024. Disponível em: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2024/07/PO.AST_.021-00-Projeto-Terapeutico-Singular.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

KUCHARSKI, Karina Wahhab; BATTISTI, Iara Denise Endruweit; FERNANDES, Denise Medianeira Mariotti; ANASTÁCIO, Zélia Ferreira Caçador. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: uma trajetória do império à criação do SUS**. 2021

LEÃO, N. M. F., Boska, G. A., Silva, J. C. M. C., Claro, H. G., Oliveira, M. A. F., & Oliveira, M. S. R. (2020). **Perfil de Mulheres Acolhidas em Leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. *Enfermagem Foco* (Brasília), 11(1), 63-68

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica**. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manoel (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. Disponível em: https://evirtual.upra.ao/examples/biblioteca/content/files/med_coll.%20-%20Saude%20e%20Democracia_%20Historia%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20%282005%29.pdf. Acesso em: 31 mar. 2025.

MAIA, J. S. **Reforma Psiquiátrica e os Direitos Humanos na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MARQUES, Teresa. **É o Gênero Uma Construção Social?** Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272822510_E_o_genero_uma_construcao_social. Acesso em: 31 mar. 2025

MEDEIROS, Katrucky Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca de. **A Mulher no Contexto das Drogas: representações sociais de usuárias em tratamento**. *Paidéia*, v. 27, n. 1, p.439-447, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-432727s1201709>.

MENDES, E. **A saúde Mental no Brasil e o Movimento Antimanicomial: a busca pela construção de um novo modelo de cuidado**. 2016.

MESQUITA, Cecília Maria de Lima. **Planejamento Familiar e Controle de Natalidade: distinção e atuação das instituições**. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-14, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/4y7y9z8/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2025.

NASCIMENTO, Bruna Maria de Sousa do; FERREIRA, Edley Juliana Menezes. **Problematizações acerca da saúde da mulher: principais entraves e desafios para a consolidação dos direitos sociais**. CRESS-RJ, 2016. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/039.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2025.

NAGAHAMA, L. M.; SANTIAGO, S. M. **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de mortalidade materna e neonatal**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 753-766, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwpBRd88Bcd6bzsTp/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth. **A saúde no Brasil em 2030: Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

OLIVEIRA, Maria de Fátima; NASCIMENTO, Eliane Cristina Costa; PAIVA, Vera Lúcia Fróes. **Usos de Substâncias Psicoativas por Mulheres: a importância de gênero**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 1, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/nkvT95KzLpLjigZb3hPVtdw/?utm_source=

OSIS, Maria José. PAISM: **Um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4y7y9z8/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de Danos e Saúde Pública: Construções Alternativas à Política Global de "Guerra às Drogas"**. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2011.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Pinel - **A Mania, o Tratamento Moral e os Inícios da Psiquiatria Contemporânea**. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 3. p.1-4, 2004.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência**. 1. ed. São Paulo: Editora Appris, 2020. ISBN 978-65-5531-582-2.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2012. Disponível em: [https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-1-16-030112-SES-MT\].pdf](https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-1-16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em: 3 abr. 2025.

PRADO, Franklin Lobato. **Os Direitos da Mulher: Gênero e Intencionalidades**. Belém: Imprensa Oficial do Estado do Pará, 2023.

REZENDE, Juliana Montenegro Medeiros; CABRAL, Ivone Evangelista. **As Condições de Vida das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde**. *Revista de Pesquisa (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, Rio de Janeiro, v. 0, p. 1-15, 17 out. 2010. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/773>. Acesso em: 31 mar. 2025.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 339-351, abr./jun. 2010.

RODRIGUES, Ilana Helen Ferreira de Sousa; SILVA, Karina Murielly Conceição; COELHO, Gilson Gomes. **Holocausto Brasileiro: da violação de direitos à construção de uma sociedade sem manicômios**, 2021.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Editora Fiocruz, 2001.

ROSA, Alene Silva da; NUNES, Bárbara Domingues. **O Passado é Uma Roupa que Continua Servindo: política de drogas e a manutenção das comunidades terapêuticas**. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, jan.-dez. 2024.

SANTOS, D. F. dos; SANTOS, R. P. dos; SANTOS, M. A. dos. **Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil**. *Revista Famecos: Mídia, Cultura e Tecnologia*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. e32066, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-3729.2019.2.32066>. Acesso em: 13 maio 2025.

SANTOS, Jamilli Silva. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização**. 2021. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/40083>. Acesso em: 31 mar. 2025.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. **Políticas Públicas Sobre Álcool e outras Drogas: breve resgate histórico**. *Saúde & Transformação*. v4, n 1. p. 1-9, 2013.

SANTOS, Maria José de Araújo. **Reflexões Sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista**. *Jornal da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*, São Paulo, n. 23, p. 25-26, mar. 2001. Disponível em: <https://feminisma.net/textos/0001%20DAMASCO%2C%20Mariana%20Santos.%20Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025

SILVA EBO, PEREIRA ALF, PENNA LHG. **Gender Stereotypes in Psychosocial Cfor Female Crack and Powder Cocaine Users**. *Cad Saúde Pública*. 2018 May; 34(5):e00110317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110317>

SILVA RS, SCHENATO VC. **Gender, health and the women's fight for social rights: a needed discussion**. *Diálogos e Contrapontos Estudos Interdisciplinares* [Internet]. 2017 Aug/Dec [cited 2018 Apr 04];1(2):96-108. Available from: <http://www.isesjtperiodicos.com.br/index.php/dialogosecontrapontos/article/view/33>

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **Perfil das Mulheres Usuárias de Cocaína e Crack Atendidas em Centro de Atenção Psicossocial**. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 49, p. 1-8, 2015.

SILVA, Flávia Fonseca da. **Atenção às Mulheres Usuárias de Drogas: uma análise das políticas de assistência social e saúde no município de Itaúna - Minas Gerais**. 2018. Monografia (Centro de Capacitação e Pesquisa em Projetos Sociais CECAPS) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

SOARES, Matheus Moreira; Abreu, Letícia Silva de; Passos, Rachel Gouveia; Campos, Daniel de Souza. **Saúde Mental, Educação Popular e Serviço Social: a experiência do censo psicossocial dos usuários da saúde mental do Rio de**

Janeiro. in: 10º encontro internacional de política social; 17º encontro nacional de política social, 2024, vitória (es). democracia, participação popular e novas resistências. vitória. p. 1-15, 2024.

SOCCOL, Keity Laís Siepmann; TERRA, Marlene Gomes; TISOTT, Zaira Letícia; SOUZA, Martha Helena Teixeira de; FERREIRA, Carla Lizandra de Lima; SILVEIRA, Andressa da; DUTRA, Patricia Cristiane da Costa; SOLIZ, Paola Piovenzano de; MARCHIORI, Mara Regina Caino Teixeira; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de. **Consequências do abuso de substâncias psicoativas na perspectiva de mulheres usuárias.** Revista Saúde e Pesquisa, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 675-687, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11160>. Acesso em: 2 abr. 2025.

TARGINO, Janine. **Interfaces Entre Gênero e Dependência Química: trajetórias femininas.** Campinas, 2017. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/viewFile/8650126/16529>.

TASSINARI, T. T. et al. **Caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 12, n. 12, p. 3344-3351, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236812/30797>.

UNASUS. **Projeto Terapêutico Singular: a construção do cuidado integral.** Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html. Acesso em: 1 abr. 2025.

VIACAVAL, F. **Dez Anos de Informação sobre Acesso e Uso de Serviços de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12):2210-2211, 2010.

YASUI, Silvio. **Conhecendo as Origens da Reforma Psiquiátrica Brasileira: as experiências francesa e italiana.** Revista de Saúde Pública, v. 18, n. 2, p. 585-589, abr.-jun. 2011.

ZANELLO, F.; FIUZA, C.; COSTA, A. (2015). Saúde mental e gênero: **Facetas Gendradas do Sofrimento Psíquico.** Fractal: Revista de Psicologia, 27(3), 238-246.

ZANELLO, Valeska; SILVA, R. M. C. **Mental health, gender and structural violence.** Revista Bioética, v. 20, n. 2, p. 267-79, 2012. ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cadernos de Saúde Pública. p.1-6, 2019.