

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO UNIVERSO FEMININO:  
CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE E O ACESSO AO TRATAMENTO**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM 18/02/04

RITA DALLE LASTE

*Teresa Kleba Lisboa*  
Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 2004

RITA DALLE LASTE

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO UNIVERSO FEMININO:  
CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE E O ACESSO AO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Federal de Santa  
Catarina – UFSC, para obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.  
Profª Orientadora: Kátia de Macedo  
Rebello

FLORIANÓPOLIS, 2004

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a Deus, que é único e fiel.

Agradeço também, ao meu querido pai e a Vali, sempre presentes nesta caminhada. À minha mãe (*in memoriam*) que está e sempre estará em meu coração. Aos meus amados irmãos Ronaldo, Rosecler e Ronei e minhas cunhadas Gleice e Cleusa pela confiança, pela ajuda, força e amor dedicados por mim. Aos meus sobrinhos e demais familiares. A todos vocês meu muito obrigado e saibam que amo vocês.

Meu agradecimento especial à orientadora, professora Kátia que, com dedicação e muito carinho acompanhou todo o desenvolvimento deste estudo.

À Liliam, por ter aceitado meu convite para participar da banca.

Ao pessoal do Instituto São José, em especial a Assistente Social Fabiana, supervisora de estágio, pelo carinho, aprendizado e tempo dedicados durante este ano todo e ao consultor Roney, pela atenção e dedicação.

À querida amiga Paula, pelo carinho, atenção e amizade verdadeira construída durante esses anos. Por ter se tornado mais do que uma amiga, mas uma irmã que terei para o resto de minha vida, por ter emprestado sua mãe para ser minha também e seus irmãos para serem meus também. Dona Ivonete, Paula, Alexandre e Alderico muito obrigado por todo o carinho dedicado a mim durante esses anos, amo vocês.

A todos meus amigos, que sempre acreditaram em mim durante esta caminhada.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho tão importante para minha vida.

*“O caminho é longo e tortuoso,  
haverá rosas e espinhos,  
mas o horizonte é tão belo,  
que eu não posso mais parar”.*  
*(Carlos Drummond de Andrade)*

## RESUMO

Nossa realidade nos mostra a evidência do aumento de mulheres dependentes químicas em nossa sociedade. Diante de tal situação, este trabalho trás um estudo sobre esta questão, trazendo assim, dados obtidos através de aplicação de questionários sobre questões referente ao acesso a tratamento para mulheres dependentes químicas, assim como, mostrar de que forma este vem sendo realizado. O presente Trabalho de Conclusão de Curso descreve primeiramente a instituição na qual realizamos nosso estágio e através dele identificarmos tal realidade, após fizemos uma referencia conceitual sobre dependência química no âmbito geral e da dependência química em mulheres, como também seus tratamentos e sobre sua a legislação. Por último apresentamos os resultados da pesquisa realizada em três Instituições que oferecem tratamento para dependência química, na qual aplicamos um questionário que foi respondido por profissionais qualificados que atuam nesta área e fizemos uma análise dos dados obtidos neste estudo.

**Palavras chave:** Dependência química feminina, Instituto São José, saúde mental.

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: A Dependência Química no Universo Feminino: Contextualizando a Realidade e o Acesso ao Tratamento, busca atender os requisitos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Assistente Social.

As últimas décadas foram cenários de mudanças em níveis tecnológicos, econômicos e sociais, transformando com isto, algumas realidades em nossa sociedade e dentre estas temos a evidência do aumento da dependência química em mulheres.

Tal fato também se deve com o advento do capitalismo, já que as mulheres passaram a conquistar seu espaço na sociedade, deixando a vida pacata do lar, para lançar-se no mercado de trabalho, além de continuar desenvolvendo suas atividades domésticas e maternas, fazendo com que passasse a desfrutar de mais liberdade, externando seus problemas, tais como a dependência química, que antes ficava restrita ao seu próprio conhecimento, quando muito de seus familiares.

Até alguns anos atrás, pouca atenção era dada aos diferentes tipos de tratamento de dependentes químicos, mesmo tendo a constatação praticamente consensual na literatura de que eles não constituem um grupo homogêneo. A partir da segunda metade do século passado, as mulheres dependentes químicas começaram a receber maior atenção nas pesquisas quando passaram a procurar com maior frequência os profissionais da área da saúde para tratamento. Entretanto, diante dessa situação evidenciada, pouco se avançou no sentido de estudar a dependência química no universo feminino face às determinadas condições como: a discriminação, características, evolução e a resposta ao tratamento.

A origem deste trabalho teve embasamento na experiência vivenciada no estágio curricular, realizado no Serviço de Dependência Química do Instituto São José, onde foi possível ter contato com o contexto da dependência química e suas interfaces, entre essas estão a do tratamento para o universo feminino.

Neste sentido, o presente trabalho de conclusão de curso, tem como objetivo principal estar identificando questões referentes ao acesso e tratamento para mulheres dependentes químicas no espaço público, assim como também contextualizar como vem sendo realizado na grande Florianópolis tal atendimento. Para obtenção desses dados realizou-se um estudo envolvendo uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto e aplicação de um questionário.

Sendo assim, este estrutura-se da seguinte forma:

O primeiro capítulo traz uma apresentação da Instituição na qual desenvolvemos o estágio, referindo-se por serviços, programas, demandas, caracterização dos usuários e a inserção do Serviço Social na Instituição, identificando a importância do papel que o mesmo vem desempenhando até os dias atuais.

O segundo capítulo contempla referências conceituais acerca do tema dependência química e sobre seu tratamento, enfatizando essa questão no universo das mulheres dependentes químicas: o tratamento a partir da necessidade evidenciada pelas mulheres fazendo uma análise a cerca da questão de gênero, sendo esta aqui entendida como uma das questões que se constituem numa das interfaces dessa doença.

No terceiro e último capítulo, apresentamos um estudo cujo resultado da pesquisa expõe a realidade dos serviços oferecidos na esfera pública e uma análise na qual pretendemos que esta venha contribuir para abrir uma discussão sobre o tema a partir dos dados que foram levantados.

Concluindo o trabalho temos as considerações finais, sendo que nela deixamos sugestões para o início de uma reflexão teórico-prática acerca dos tratamentos para mulheres dependentes químicas, e a importância de se resgatar direitos das mulheres que vêm sendo violados. Após, são arroladas as referências bibliográficas e os anexos deste estudo.

## **1 CONTEXTUALIZANDO A INSTITUIÇÃO**

### **1.1 O Instituto São José**

As instalações do Instituto São José foram inauguradas no dia 25 de maio de 1968, por Dr. João Haroldo Bertelli, Dr. Abelardo Vianna Filho, Dr. Júlio César Gonçalves, Dr. João Augusto de Mello Saraiva, Dr. Antonio Santaella e pelo cirurgião-dentista Hamilton Figueira Ferrari. Em seguida passou a fazer parte do grupo Dr. Aristeu Stadler e Dr. Ivan Bastos de Andrade, este último substituindo Hamilton Ferrari. Na época era uma pequena casa de dois pavimentos, que tinha como objetivo o tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. O espaço gradativamente se estendeu a outras unidades, formando um grande centro de tratamento psiquiátrico e de dependência química de Santa Catarina. Até 1999 o hospital tinha registrado 29 mil prontuários e 95 mil fichas médicas, todas arquivadas ainda hoje, totalizando 124 mil clientes em 34 anos de existência.

O Centro de Tratamento dispõe de um terreno de 15.000 m<sup>2</sup>, sendo 4.000 m<sup>2</sup> de área construída. Oferece uma quadra de esportes polivalente, área coberta com lanchonete e churrasqueira, salas para oficinas terapêuticas, de grupoterapia e de psicologia, ambulatório com consultórios de atendimento médico, sala de atendimento do Serviço Social, sala de espera, salas de administração, diretoria e de reuniões, auditório, acomodações semiprivativas, quartos individuais, apartamentos e suítes, além de áreas de estar, leitura e lazer.

O Instituto São José é um centro ativo de tratamento do cliente portador de transtorno mental e dependente químico, de orientação à família e difusão de conhecimentos.

Caracteriza-se atualmente como uma instituição referência no Estado de Santa Catarina no âmbito de atendimento em Saúde Mental. O hospital atende nas áreas de internamento integral e parcial, ambulatório, consultórios e serviços assistenciais e educacionais abertos à comunidade com múltiplas atividades individuais e de grupo. A população usuária constitui-se de portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, originários, em sua maioria, do próprio Estado. O número de internações é de aproximadamente 200 pacientes por mês, sendo que 44,7% das internações mensais são de particulares e convênios e 55,3% são de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Serviço de Dependência Química internam-se, aproximadamente, 50 dependentes químicos por mês.

A Instituição tem como objetivo promover a qualidade de vida, praticando a assistência integral à saúde, apoiados em princípios técnicos, éticos e humanos, visando a satisfação dos clientes, colaboradores e comunidade. O cliente portador de transtorno mental, o dependente químico e sua família são o centro das atenções da Instituição. Objetiva-se que o atendimento seja feito visando a satisfação plena das necessidades e expectativas dos pacientes, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.

Atendendo a todos os tipos de dependência química e transtorno mental, o Instituto São José dedica especial atenção aos aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais envolvidos na gênese e na evolução da doença, o que permite uma abordagem terapêutica e reabilitadora.

As relações internas acontecem dentro de níveis hierárquicos, de acordo com as funções. Por se tratar de uma instituição privada, a escala hierárquica tem início a partir de um Conselho de Sócios, que formam a direção geral do hospital. O Serviço de Dependência Química, conforme organograma (Anexo 1), é subordinado à Diretoria Técnica, que por sua vez está subordinada à Diretoria Executiva, primeira instância hierárquica após a diretoria

geral. Quanto aos funcionários a política adquirida é a da integração através de reuniões, confraternizações e apresenta como valor institucional a comunicação.

O Hospital dispõe dos seguintes serviços:

- Serviço de Ambulatório e Pronto Atendimento - atendimento médico, particular e convênios, individual e em grupos na psiquiatria e na clínica médica.

- Programa de Atendimento e Assistência aos Portadores de Transtornos Mentais – programa baseado nos princípios da comunidade terapêutica a clientes em regime de internação integral.

- Serviço de Dependência Química (alcoolismo e outras drogas) – programa terapêutico que abrange desintoxicação, assistência clínica e psicológica, atividades terapêuticas e de conscientização sobre a doença e orientações a familiares. O tratamento objetiva a abstinência total de toda e qualquer droga psicoativa, concentrando-se na motivação para o cliente alcançar e manter esta condição. O programa diário compreende atividades terapêuticas em grupos psicoterapêuticos, palestras, reuniões, leituras e vídeos educativos, além de atividades esportivas e de lazer. Para a família há programação complementar de orientação para lidar com a doença e buscar o equilíbrio da dinâmica familiar. Este Serviço conta com uma equipe interdisciplinar, composta de psiquiatras, clínico geral, assistente social, enfermeira, psicólogo, nutricionista, consultor em dependência química, técnicos e

auxiliares de enfermagem. A base filosófica do trabalho é a dos Alcoólicos Anônimos (AA)<sup>1</sup> e Narcóticos Anônimos (NA)<sup>2</sup>.

Todo o tratamento no Instituto São José comporta programas de atendimento oferecidos aos pacientes e a seus familiares, visando proporcionar um acompanhamento extra-hospitalar para a reintegração ao cotidiano social, com ênfase na adesão ao tratamento, resgate de habilidades sociais e melhor relacionamento familiar.

Na pós-internação, o paciente do Serviço de Dependência Química e do Serviço de Psiquiatria pode contar com os seguintes programas:

- Programa Hospital Dia – atendimento intensivo diário, incluindo atividade ocupacional dirigida, grupos terapêuticos, acompanhamento e orientação familiar.

- Programa de Acompanhamento Terapêutico – atendimento em turno, hospitalar ou domiciliar, com atividades ocupacionais, grupos terapêuticos e orientação familiar.

- Programa de Famílias (PRO FAM) – realizado pelo Serviço de Psiquiatria, são reuniões mensais, coordenadas e orientadas por profissionais, que tem como objetivo promover a saúde e reduzir o estigma da doença mental através do repasse de informações; é um espaço terapêutico para o compartilhamento de experiências de vida que promove o entendimento da doença como um processo biopsicossocial. O trabalho tem uma abordagem psicoeducacional; psiquiatras, enfermeiro, psicólogas e assistentes sociais esclarecem as

---

<sup>1</sup> Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que se ajudam mutuamente a manter a sobriedade e que se oferecem para compartilhar livremente sua experiência na recuperação com outros que possam ter problemas com seu modo de beber.

<sup>2</sup> Narcóticos Anônimos é uma associação comunitária de adictos a drogas em recuperação. Uma irmandade de homens e mulheres, sem fins lucrativos, para quem as drogas se tornaram um problema maior. Adictos em recuperação que se reúnem para ajudar uns aos outros a se manterem limpos.

dúvidas sobre a doença e seu tratamento e orientam na resolução de situações e problemas do cotidiano.

- Programa Ambulatorial de Dependência Química (PADEQ) – tem como objetivo a prevenção da recaída do álcool e outras drogas, utilizando técnicas de terapia grupal e seminários, visando melhorias na qualidade de vida de seus participantes. É destinado a clientes abstêmios de álcool e outras drogas, egressos ou não de tratamento hospitalar.

- Programa de Tratamento do Tabagismo (PROTTAB) –integrado ao Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, é destinado a ajudar o cliente a deixar de fumar e se manter abstinido.

- Programa de Tratamento de Esquizofrenia (PROTEQ) - um programa psicoeducacional estruturado para familiares que busca ampliar e facilitar a compreensão do transtorno e o manejo do cotidiano do portador de esquizofrenia; oferece atenção psicossocial e acompanhamento terapêutico individual e grupal.

- Programa de Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (PROTTOC) – é um programa oferecido a portadores de transtorno obsessivo-compulsivo através de atividades psicoeducacionais, seminários que abordam temas relativos ao transtorno obsessivo-compulsivo como: diagnóstico e quadro clínico, abordagem farmacológica, comportamental, estigma, grupo de mútua-ajuda, a família e as relações sociais e a vida profissional.

- Programa de Transtornos Afetivos (PROTA) – é o Grupo de Mútua Ajuda dos Usuários do Carbonato de Lítio, com prática terapêutica alternativa que tem como base a informação, através de reuniões.

## 1.2 O Serviço Social da Instituição

O Serviço Social foi implantado na instituição em fevereiro de 1972, ou seja, quatro anos após esta ter sido fundada. Tinha como objetivo geral auxiliar no tratamento psiquiátrico, sanando problemas que dificultassem ou impedissem o tratamento médico. Na época havia somente uma assistente social na instituição e ainda não havia o Serviço de Dependência Química. Desde então, o trabalho do Assistente Social foi se aperfeiçoando dentro da Instituição e subdividido. A princípio atuavam quatro Assistentes Sociais. Duas, atuavam no Serviço de Psiquiatria, outra no Serviço de Alcoolismo, enquanto que a quarta Assistente Social atuava na administração. Atualmente a Instituição possui três Assistentes Sociais, sendo que uma atua no Serviço de Psiquiatria, outra no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e a terceira no Serviço de Dependência Química, sendo este último a área de atuação do estágio.

O Serviço de Atendimento ao Cliente conta com o trabalho conjunto de uma Psicóloga e uma Assistente Social, tendo como função primordial a recepção e acompanhamento do cliente, seleção, treinamento e supervisão do pessoal da recepção, apoio e orientação administrativa aos programas comunitários e revisão de procedimentos administrativos.

O Assistente Social que atua na Psiquiatria tem como função o atendimento e suporte para o paciente da psiquiatria, bem como para seus familiares. Realiza sua intervenção através de palestras, entrevistas, atendimento individual e em grupo, no qual a Assistente Social do setor busca informar os pacientes da psiquiatria e seus familiares sobre as normas do Instituto São José, a rotina do tratamento, organizar as visitas e fazer a mediação entre equipe

técnica, paciente e família. Este profissional tem também como responsabilidade participar como palestrante do Programa de Família, onde esclarece para os familiares e amigos dos portadores de transtornos mentais características da doença e do tratamento, além de realizar a reunião de família uma vez por semana.

O Serviço Social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José tem como objeto de trabalho a questão da dependência química e como objetivo de atuação a recuperação das relações familiares e sociais do paciente, despertando-o para a conscientização de sua doença. Representa importante papel dentro da instituição. Realiza trabalho administrativo, assistencial e de conscientização do paciente e da “rede familiar” envolvida no tratamento. O Serviço Social integra a equipe do Programa Ambulatorial de Dependência Química - PADEQ e o Programa de Tratamento do Tabagismo - PROTTAB.

O processo de trabalho realizado pela Assistente Social no Serviço de Dependência Química contempla várias atividades, dentre elas, destacamos:

Entrevistas com familiares do paciente, tendo como objetivo colher dados da história pregressa deste com relação a sua dependência, conhecer detalhadamente sua situação familiar, econômica, funcional e social e contribuir para a formulação do diagnóstico;

Organização e realização do Programa de Família, programa educativo e de orientação, realizado uma vez por semana. Neste a Assistente Social, esclarece aos familiares as dúvidas sobre a doença, o tratamento, salienta a importância do paciente continuar se tratando após sua alta e a importância da família na recuperação do paciente.

Além do Programa de Família e da entrevista feita também com familiares, a Assistente Social faz atendimentos individuais aos familiares, com o objetivo de prestar apoio e orientação na relação intrafamiliar durante a internação.

Atendimento individual de clientes, estabelecendo uma ponte de comunicação entre família-cliente-comunidade para resolução de necessidades do cotidiano.

Realização do Grupo de Alta, no qual é grupo operativo com abordagem psico-educacional, que tem como objetivo tratar as altas do programa terapêutico semanalmente, também encaminhar pacientes para grupos de apoio (AA, NA, PADEQ), repassando a idéia de que o tratamento não termina no dia da alta hospitalar, organizar a saída do paciente e avaliar a necessidade de atestados ou declarações.

Realização de palestras e seminários educativos enfocando temas sobre Família e Dependência Química, Trabalho e Dependência Química, Dependência Química e Violência Doméstica e Prevenção da Recaída.

Realização de agendamentos para a internação SUS, que ocorrem por telefone ou pessoalmente. Através deste procedimento os pacientes passam por uma triagem da qual a seleção fica a encargo da Assistente Social.

Realização diária do Grupo de Assistência na Unidade de Desintoxicação<sup>3</sup>, visando o bem-estar do paciente durante sua internação, além de auxiliá-lo na busca pela qualidade de vida durante o período de internação, orientando/providenciando pertences para os mesmos, facilitando o contato do paciente com a família quando necessário e possível e avaliando questões sócio-familiares pendentes para que o paciente tenha uma boa internação.

---

<sup>3</sup> Unidade de Desintoxicação: está é a primeira etapa do tratamento, na qual o paciente permanece até haver uma desintoxicação. Sua transferência para Unidade Jellinek dependerá da avaliação médica, de sua condição clínica e interesse pelo tratamento.

Atendimento aos pacientes na Unidade Jellinek<sup>4</sup>, complemento do programa de tratamento através da realização de atividades terapêuticas individuais e em grupo, buscando a conscientização da doença;

Participação das reuniões de equipe técnico-administrativa, com o objetivo de sempre estar trabalhando de forma interdisciplinar.

Organização de altas, sendo que neste momento o objetivo é viabilizar atestado médico ou declaração, informar a família sobre a saída do paciente e organizar junto a esta sua saída, solucionar situações pendentes e fazer encaminhamentos,

Avaliação sobre a viabilidade de visita fora do horário.

Ressaltamos que após a maioria das atividades realizadas a Assistente Social faz transcrição no prontuário de cada paciente, assim como, também, realiza relatórios e elabora projetos.

As profissionais desenvolvem inúmeras atividades voltadas à comunidade, às famílias dos pacientes, funcionários e pacientes. A diretriz básica que fundamenta o trabalho do Serviço Social na Instituição está direcionada ao atendimento dos pacientes, buscando a saúde física e mental enquanto serviço e direito do paciente. Neste sentido, entendemos que a prestação de cuidados de saúde deve ser, essencialmente, um serviço público, no sentido de ser uma atividade de interesse público.

Não obstante, a Constituição Federal, em seu artigo 196, garante o direito à saúde nos seguintes termos:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

---

<sup>4</sup> Unidade Jellinek: Unidade em que é realizado um trabalho de conscientização, na qual o paciente participa de seminários educativos, grupos e atividades físicas e terapêuticas.

Neste sentido, observamos, também, no trabalho dos Assistentes Sociais do Instituto São José, a prática profissional voltada à orientação e encaminhamento dos pacientes ao acesso de seus direitos sociais, tais como: assistência, saúde, convívio social e familiar.

### **1.3 Caracterizando os usuários e as demandas de intervenção**

O Instituto São José atende homens e mulheres catarinenses e de outros estados, na faixa etária a partir de 15 anos (com autorização dos pais ou juizes da infância e juventude), até pacientes geriátricos, de diversas classes sociais e que possuem diversos níveis de instrução.

Tem capacidade de leito para 169 pacientes. Entre eles, pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. A expressiva parcela de 55,3% destas vagas ficam reservadas ao SUS, enquanto que 44,7% das internações mensais são reservadas ao atendimento de convênios e particulares. Fonte SAME – Serviço de arquivo médico estatístico.

Atualmente, o tema saúde mental vem sendo amplamente discutido por vários segmentos da sociedade, bem como pelos organismos nacionais e internacionais de defesa da saúde, visto a situação de agravamento da questão, principalmente na relação saúde mental/trabalho, nas expressões do modelo de sociedade capitalista, na qual podemos verificar que esta ainda tem um pensamento errôneo de que quem está apto a trabalhar é visto como “normal”, sendo o contrário classificado como “anormal”. Neste sentido, Santos (1994, p.32), enfoca “o trabalho e o não trabalho estabelecem os limites do normal e do anormal, fazendo

com que a psiquiatria, inserida neste contexto, se esforce para ‘devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, adequados para o trabalho’.

Em 19 de julho de 2000, com a Portaria nº 799, o Ministro do Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, compromete-se em Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente – Organização Pan Americana de Saúde, a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esta portaria considera que as internações em hospitais especializados em psiquiatria devem ocorrer somente naqueles casos em que foram esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes. Tendo como referência o fato de que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, buscando através de avanços obtidos nos últimos anos, a reversão do modelo psiquiátrico tradicionalmente hospitalocêntrico e asilar que se estabeleceu no país por mais de 150 anos.

No Instituto São José, mostrar aos clientes que ser cidadão é um direito e um dever, é parte integrante da filosofia de ação desenvolvida, comprovando que a trajetória adotada não apenas abre novos caminhos, como também contribui para formar cidadãos conscientes de seu valor e de seus próprios passos.

Neste sentido, dentro de cada mês existe uma média de internações, na psiquiatria, de 80 (oitenta) pacientes oriundos do SUS e 51 (cinquenta e um) pacientes dos demais convênios e particulares. Vale ressaltar que a internação é feita somente após o portador de transtorno mental ou dependente químico passar pelo atendimento médico e for identificado a necessidade de internação.

No Serviço de Dependência Química do Instituto São José, os pacientes são atendidos por dois meios – SUS e particular/convênio. Pelo SUS, o hospital oferece vagas somente para homens e dependentes apenas de álcool. A faixa etária desta população específica é, em média, de 40 a 50 anos, justamente pelo fato da doença desenvolver-se após mais ou menos quinze anos da iniciação do consumo do álcool. A situação econômica financeira, em geral, está prejudicada pela perda do emprego e pelos próprios prejuízos característicos da doença. Há também pacientes licenciados do trabalho, aposentados, bem como casos de reinternação (que costumam ocorrer em alto índice). Na sua grande maioria, são provenientes da Grande Florianópolis ou, em minoria, de outras regiões do Estado e do país.

Contudo, o hospital abre uma exceção por mês para pacientes SUS que, além da dependência do álcool, fazem uso de outras drogas.

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD,

a dependência de substância psicoativas (álcool e drogas) é uma síndrome médica bem definida internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo.(SENAD, 2002, p. 06)

Os pacientes que são internados apresentam muitas vezes doenças psiquiátricas independentes, sobrepostas ou associadas como depressão, ansiedade, psicose entre outras. Ou seja, o hospital atende, também, pacientes que apresentam um quadro de co-morbidade - possuem ao mesmo tempo, dois ou mais transtornos mentais.

Para os pacientes particulares o atendimento é masculino e feminino e para todos os tipos de dependência (álcool, cocaína, crack, maconha, medicamento, jogos, etc). Atende pacientes acima de 16 anos e a faixa etária é bastante distinta.

O grau de instrução, tanto dos pacientes SUS quanto particular, sempre é bastante variável, compreendendo pacientes analfabetos e/ou semi-analfabetos, além de pessoas com nível superior.

Os pacientes do Serviço de Dependência Química são encaminhados voluntariamente para tratamento pela família, pelas Prefeituras ou pelos Fóruns de Justiça. Em alguns casos, a procura pela internação acontece involuntariamente, o que implicará na comunicação ao Ministério Público após 72 horas.

## **2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ÂMBITO GERAL E ESPECÍFICO DE MULHERES, SEUS TRATAMENTOS E A LEGISLAÇÃO**

### **2.1 Dependência química**

Dentre tantas competências de atendimento à saúde mental do Instituto São José, destacamos a atenção e assistência ao portador de dependência química, por se tratar do objeto de análise de estágio e do aprofundamento deste tema enquanto recorte de pesquisa deste trabalho. Diante desta singularidade destacam-se considerações a respeito do assunto do dependente químico.

Algo extremamente importante para a discussão posterior é a diferenciação entre o usuário e o dependente de drogas. Observa-se que é comum a fusão dos dois tipos de usuários em uma só categoria, ou seja, a categoria do dependente. Silveira Filho (1995), nos alerta que a fronteira entre estas duas categorias não é muito nítida. Assim, propõe alguns elementos que possam guiar nesta diferenciação.

[...] na grande maioria das vezes, a droga é procurada como fonte de prazer tanto pelo usuário como pelo dependente; o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao seu funcionamento psíquico, ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga (SILVEIRA FILHO, 1995, p. 142).

Segundo Bucher (1992), a tolerância às drogas pode ser definida quando a pessoa necessita de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito, ou seja,

[...] quando o organismo reage a presença de um produto químico através de um processo de adaptação biológica. No caso da presença contínua de uma determinada substância, o organismo se acostuma a ela e a incorpora em seu funcionamento. Desta forma, o indivíduo responde cada vez com menor intensidade aos efeitos da droga consumida. Logo, para obter os mesmos efeitos psicoativos, será necessário aumentar a dosagem (BUCHER, 1992, p.24).

O dependente de drogas é um indivíduo cuja realidade, objetiva ou subjetiva, torna-se insuportável de ser vivenciada sem a presença da droga. Com a droga, ele consegue alterar a percepção da realidade, estabelecendo-se uma parceria indivíduo-droga que torna-se indissociável. O que existe é a impossibilidade de não consumir a droga. A droga se transforma em algo que é responsável pela manutenção do equilíbrio do indivíduo, sendo uma questão de sobrevivência (SILVEIRA FILHO, 1995).

Segundo Piccolo (2001), as drogas, substâncias lícitas e ilícitas, e as pessoas que as usam estão presentes desde o início da existência do homem. Mas em outras épocas, e em outras sociedades e culturas essa questão teve e tem significados diversos daquele que se dá às substâncias e seus usuários na nossa sociedade.

Os conceitos sobre dependência química ensinam que, do ponto de vista do desencadeamento da doença, da nicotina ao álcool, passando por maconha, cocaína, crack e psicotrópicos, todas as drogas apresentam-se como indutores da dependência. Elas dispõem de uma propriedade comum sobre o cérebro que é a de produzir uma recompensa essencialmente

prazerosa no início de seu uso, desencadeando a ação repetitiva e levando com o tempo à dependência química.

Desenvolver a dependência química, e qual o tempo que isso leva, dependem da droga utilizada e da pessoa que a utiliza. Assim como em qualquer outra questão que envolve saúde, o grau de vulnerabilidade de uma pessoa a desenvolver dependência química depende de certos fatores predisponentes pessoais, do meio ambiente e do químico de escolha. A dependência química pode ocorrer quando alguém de algum modo ultrapassa o seu limiar invisível, liberando um tipo de resposta bioquímica no cérebro através do consumo repetitivo da substância psicoativa.

Dependência química é uma doença bio-psico-social, podendo ser ativada por uma predisposição da pessoa a desenvolver dependência a substâncias psicoativas que provocam alterações no estado de humor. É uma doença que pode ser reconhecida através de sinais e sintomas específicos. Considerada primária provoca por si mesma problemas de ordem secundária, tanto clínicos quanto emocionais, psíquicos e sociais. Apresenta um curso progressivo e previsível, sem possibilidade de regressão, evoluindo para estados de maior gravidade se não for estacionada. É crônica no sentido de que a dependência não deve ser encarada como um único ataque agudo, mas pelo seu caráter permanente, com uma vulnerabilidade continua aos sintomas da recaída. Pode evoluir para a fase terminal devido às drásticas alterações no comportamento e sistema de valores ético-morais, colapso mental/emocional, falência completa dos órgãos ou o suicídio.

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD,

a dependência química encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, embora suas repercussões abranjam áreas de

funcionamento não circunscritas à Medicina (social, psicológica, legal e criminal, educacional, etc.). O tratamento desse transtorno psiquiátrico deve, portanto, incluir aspectos comuns a todos os indivíduos acometidos (aspectos comuns da população de dependentes), bem como aspectos individualizados (particulares) de cada paciente (SENAD, 2002, p.06).

O uso indevido de drogas passou a ser reconhecido como uma grande ameaça à sociedade em todo o mundo. Não apenas no Brasil, mas todos os países gastam expressivas quantias em dinheiro para seu controle ou em função de suas conseqüências. Os custos da dependência incluem gastos pessoais e familiares, do sistema de saúde, de perdas laborais, de redução de impostos, do sistema judicial e correccional, de serviços policiais, exercendo um peso importante no orçamento nacional.

Muito mais importante que a preocupação com o custo, é a constatação do elevado número de brasileiros que têm suas vidas comprometidas ou tolhidas pelo consumo. Não é de se estranhar, portanto, que os efeitos do uso sejam perceptíveis em toda a sociedade. Suas conseqüências e prejuízos não se restringem ao usuário, espalhando-se por todas as suas áreas de convívio: a família, vizinhos, emprego e comunidade.

De acordo com a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD,

dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva (SENAD, 2002, p.14).

A compulsão que leva o indivíduo a procurar as drogas, aqui entendidas, segundo Secretaria Nacional Antidrogas, como substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional, é classificada pela

Organização Mundial da Saúde (OMS) como dependência química, doença incurável e progressiva.

### **2.1.1 Do tratamento**

A dependência química é tratável, embora não se possa curá-la. Seus sintomas podem ser detidos através da abstinência total de toda e qualquer substância química que altere o humor. Além da abstinência, a vulnerabilidade do dependente químico à recaídas, pode ser controlada através de mudanças permanentes no estilo de vida, atitudes e comportamento.

O tratamento de dependentes químicos já vem de longa data e é uma das maneiras de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, e da comunidade como um todo. Contudo, existem pessoas que convivem com a doença durante anos e, mesmo assim, ignoram o problema. Os motivos para esse comportamento são muitos: a crença de que o quadro irá melhorar, a crença de que a vida é assim mesmo, além do desconhecimento de que a dependência química é uma doença. Devido a esses posicionamentos, a dependência química acaba sendo detectada muito tarde, o que acaba dificultando a recuperação do indivíduo.

Conforme considerações constantes no boletim informativo oferecido pelo Instituto São José, a dependência química é tratada como um transtorno crônico que pode ser controlado, desde que o dependente deseje honestamente tratar-se. Para tanto é preciso que o

indivíduo reconheça sua problemática com o álcool e/ou outras drogas, conscientizando-se de sua dependência e da necessidade de mudança em seus hábitos de vida.

Os resultados do tratamento mais frequentemente citados são a redução do consumo de substâncias, a diminuição na utilização de sistemas de saúde e a menor participação em comportamentos ilícitos, associados direta ou indiretamente ao uso de drogas e álcool.

O tratamento necessita também, abranger todas as áreas de impacto do consumo sobre a vida do paciente. Como suas conseqüências são de diferentes dimensões, uma abordagem multiprofissional passa a ser necessária para que o tratamento seja realmente eficaz.

As drogas alteradoras do humor produzem modificações no cérebro que alteram o seu funcionamento, motivo pelo qual muitas vezes é necessária a internação para o dependente químico. O cérebro é composto de milhões de células que se comunicam umas com as outras e com o resto do corpo, enviando e recebendo mensagens químicas. Estas células cerebrais contêm mensageiros químicos, chamados neurotransmissores, que são lançados, milhares de vezes a cada segundo, e depois voltam às células cerebrais das quais foram descarregados, onde serão ainda usados novamente para levar outras mensagens. Cada célula cerebral tem um balanço específico que varia de pessoa para pessoa. O balanço de neurotransmissores de cada indivíduo fornece a base química para sua personalidade, habilidades e capacidade de superar dificuldades físicas e psicológicas (DEPENDÊNCIA QUÍMICA, 2003).

Somente quando o balanço é mantido, podemos nos lembrar, concentrar-nos, aprender, coordenar e competir plenamente. Uma vez alterada a função do cérebro, a pessoa experimenta mudanças físicas, emocionais e comportamentais. Substâncias psicoativas, portanto, tem o poder de alterar o pensamento, danificar a mente e o corpo e afetar o

comportamento e os relacionamentos. Com atração e afinidade pela mente, agem sobre o sistema nervoso central e particularmente sobre o cérebro. Elas dispõem de uma propriedade comum sobre o cérebro que é a de produzir uma recompensa essencialmente prazerosa no início de seu uso, desencadeando a ação repetitiva e levando com o tempo à dependência química.

Os fatores que podem levar a dependência química são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, social ou ainda ter a contribuição resultante de todos esses fatores.

Pesquisas recentes nos levam à compreensão dos motivos que levam algumas pessoas a desenvolverem a dependência. Sabe-se que uma parte da resposta se encontra na genética. Cada pessoa tem uma constituição química e genética particular. Isto pode afetar a maneira como uma droga age sobre o cérebro da pessoa. Talvez afete também a velocidade com que o cérebro restabelece seu nível químico depois que as drogas são ingeridas. Da mesma forma que a constituição genética leva as pessoas a terem olhos azuis ou castanhos, podem também levá-las a se tornarem dependentes. Por exemplo: mais filhos de alcoolistas tornam-se dependentes de drogas do que filhos de pais não alcoólatras. Quase 95 % dos usuários de cocaína e 80 % dos alcoolistas são filhos de pais dependentes químicos. Mesmo quando os filhos de pais dependentes químicos são separados dos pais na hora em que nascem, eles desenvolvem a dependência química com o mesmo índice alto. Isto é uma evidência que a causa da adicção supera o ambiente do lar (REVISTA MIND, 2003).

Outra razão pela qual algumas pessoas se tornam dependentes encontra-se na atitude da sociedade. A propaganda, a TV, os filmes, os amigos e muitas vezes os pais transmitem mensagens do tipo: "Se você estiver cansado tome um Valium ou um Lorax". Pessoas de todas as idades, classes socioeconômicas e culturais usam álcool e drogas por várias razões, entre elas para aumentar o prazer ou para enfrentar ou esquecer a dor emocional

e os sentimentos desconfortáveis. Para se compreender a natureza da dependência química é necessário conhecer os efeitos da tolerância no organismo. O corpo considera veneno qualquer droga que ingere. Vários órgãos, principalmente o fígado e os rins tentam eliminar a substância química antes que cause muito dano. Mas o uso de droga, por período constante, força o corpo a mudar, adaptar-se e a desenvolver tolerância. A tolerância é a capacidade do organismo em adaptar-se ao uso de substâncias psicoativas de tal modo que o efeito buscado diminui. Assim, para sentir o mesmo bem estar, o usuário aumenta a quantidade que usa a cada vez. Às vezes chega a usar doses enormes capazes de matar uma pessoa. Nesta etapa, a falta da droga poderá resultar no que se chama Síndrome de Abstinência Aguda, causando grande desconforto físico e emocional. Parte é criada pelos danos físicos e pela necessidade da substância psicoativa. Parte da dor é causada pela reação psicológica de perder o principal método de lidar com a vida. E parte é social, causada pela separação de uma maneira de viver centrada na dependência química (REVISTA MIND, 2003)

A família é um fator fundamental tanto na dependência como no tratamento. Por um lado, a genética que já foi mencionada é considerada. Por outro lado, a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência (SENAD, 2002).

#### Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas

a terapia familiar é um aspecto sumamente importante na recuperação do dependente em tratamento. Os membros da família constituem as vítimas primárias da dependência, além do próprio paciente. Vitimação, superproteção, culpa, raiva, mágoa, privações e desespero são quase sempre observados em familiares do dependente que inicia o tratamento. Agressões físicas, furtos e negligência complicam ainda mais a situação familiar, com conseqüências diretas em todas as suas relações interpessoais. Tornando-se a

família, assim, uma parte significativa do problema e fator de sua ampliação (SENAD, 2002, p. 19).

Conforme Kowalsky (1997),

acreditamos e compreendemos o fato de que seja extremamente difícil às pessoas da família e/ou àquelas emocionalmente envolvidas com um dependente de álcool e de outras drogas [...] conseguirem introjetar e aceitar a idéia de que a dependência é uma doença, ao contrário do que se concebe em termos de senso comum. Compreender a “posição” dos familiares, porém, não significa pactuar com ela. Nesse âmbito, reconhecemos um significativo espaço de intervenção no Serviço Social, tendo em vista a sua contribuição no fortalecimento de laços familiares, bem como no processo de educação e compreensão dessas questões (KOWALSKY, 1997, p. 23).

É visível, em nossa sociedade, que a dependência química tornou-se um dos mais graves problemas de saúde pública e, toda e qualquer possibilidade de amenizar os estragos por ela causados são pertinentes. O Serviço Social, grande destaque tem recebido no sentido de prevenção e recuperação dos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo Kawall (2003),

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente Social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só no tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência (KAWALL, 2003, p. 21),

Neste sentido, enfatizamos as considerações de Kowalsky, que acrescenta,

[...] é necessário que se insista em profissionais qualificados, que entendam tanto do efeito das drogas no organismo como das suas implicações sociais, pois muitos ainda tendem a se “preocupar” apenas com o aspecto social numa ótica e na outra apenas o biológico, e acabam não compreendendo o movimento das drogas no organismo humano. Em um contexto familiar e social de uma maneira totalizante, ressaltamos que todo o profissional deve estar sempre buscando uma compreensão tanto em relação aos aspectos casuais no organismo humano bem como as suas implicações sociais (KOWALSKY, 1997).

O trabalho do assistente social na área de dependência química vem cada dia sendo mais valorizado, podendo trabalhar na área da prevenção, em medidas de recuperação e em instâncias de integração à rede de assistência de dependentes químicos, exigindo que futuramente, em virtude da imperatividade do problema – dependência química – a formação profissional seja intensificada, especialmente no mundo acadêmico.

Segundo Uchoa (2003), Secretário Nacional Antidrogas, a droga atinge hoje, indistintamente, homens e mulheres de todos os níveis sociais e econômicos - independente da idade, do grupo étnico, do nível de instrução e de profissionalização -, afetando as sociedades, em todos seus setores. Seus efeitos podem ser detectados nos crescentes gastos com tratamento médico e internação hospitalar; no aumento do número de mortes prematuras; no crescimento nos índices de acidentes de trânsito, de acidentes do trabalho e de violência urbana e, ainda, na perda de produtividade dos trabalhadores.

Diante da gravidade do quadro, o assunto vem recebendo tratamento de alta prioridade pelo governo federal, dentro do princípio do compartilhamento das responsabilidades com os governos estaduais e municipais, setor produtivo e sociedade civil. A orientação adotada é a de que o combate ao uso indevido de drogas exige que, não só o setor público, mas todos cidadãos brasileiros, se conscientizem da magnitude do problema e se mobilizem e atuem de forma efetiva, integrando esforços e maximizando resultados. Dessa

forma, os governos estaduais e municipais têm sido estimulados a empreender as ações antidrogas em seus respectivos estados e municípios, instituindo conselhos normativos, deliberativos e de natureza paritária - com representação dos principais órgãos públicos, do setor produtivo, da comunidade científica e da sociedade civil.

### **2.1.2 Da legislação**

Ao estar fazendo um trabalho sobre a questão da dependência química não poderíamos deixar de falar sobre a legislação da questão da saúde mental, visto que a Dependência Química encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, como já mencionado anteriormente.

A cidadania do portador de transtorno mental durante muitos anos ficou esquecida, gerando estereótipos que até hoje machucam portadores e familiares. Mesmo com a evolução da sociedade moderna e dos métodos de tratamento utilizados, ainda é muito comum aquela antiga mentalidade que define os portadores de transtorno mental como pessoas sem direitos. O próprio código penal ainda não revisado, no decreto-lei nº 24.559 de 03/07/34, define-os como “loucos de todos os gêneros”.

A sanção pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, da lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG), que extingue gradualmente os manicômios brasileiros, não foi um ato simples. Coroa uma longa batalha de uma multidão de pessoas empenhadas no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que tem como objetivo prosseguir na luta

contra os manicômios, tidos como sinônimo de violência. A nova lei traz como uma das poucas mudanças efetivas a obrigatoriedade da comunicação da internação involuntária do doente ao Ministério Público até 72 horas depois da ocorrência. Também proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos financiados com recursos públicos. E seu autor é o principal defensor da importância de sua posterior regulamentação. Mudou-se o enfoque: do sistema hospitalocêntrico, caracterizado por internação, sedação, isolamento e silêncio do portador de transtorno mental para o sistema humanocêntrico, baseado na entrevista, fala e atendimento ambulatorial.

A luta antimanicomial não busca somente o fechamento do hospital psiquiátrico. É certo lembrar que “a idéia de desconstrução do manicômio, entendida como o conjunto de práticas multidisciplinares e multiinstitucionais, são exercidas e reproduzidas em múltiplos espaços e não apenas no interior do hospício” (Amarante, 2001). Ou seja, a luta pelo fim do manicômio não significa o fechamento dos hospitais, ou então, a substituição de antigas técnicas por novas e sim a construção de uma outra relação com o portador de transtorno mental, que o considere como sujeito portador de direitos e não somente como doente.

No período de 1992 a 1995 verificam-se mudanças significativas no campo da política de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e a criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos. A primeira delas foi a portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que estabelece algumas normas com relação aos cuidados com os pacientes internados:

tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritos (celas fortes), deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes,

deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados no paciente (BRASIL, 2002).

Ainda nesta portaria foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, o atendimento ambulatorial, entre outros.

[...] Os CAPS/NAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. [...] Podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e hierarquizada. (...) A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (BRASIL, 2002).

No ano de 1993, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde que, no decorrer dos anos, elaborou propostas para viabilização da Reforma Psiquiátrica, culminando, em 1995, com a aprovação do Plano de Apoio à Desospitalização. A partir de 1999, esta comissão foi substituída pela comissão Nacional de Saúde Mental, com o mesmo objetivo.

A segunda portaria, de nº 145 de 1994, estabelece a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação na assistência em saúde mental nos três níveis de governo. Essa portaria permitiu um canal de denúncia de maus-tratos praticados em instituições de Saúde Mental e a solicitação de vistorias do Ministério da Saúde. Ainda naquele ano, foi criada a portaria 147, que regulamenta o projeto terapêutico de cada instituição.

Em fevereiro de 2000, foi criada a portaria 106 que estabelece a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, em substituição à internação psiquiátrica prolongada.

Finalmente, em abril de 2001, foi aprovada a lei nº 10.216. No seu artigo 1º, ela estabelece os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. O parágrafo único do artigo 2º enumera os direitos da pessoa portador de transtorno mental:

ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII- ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; IX- ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2002)

Nas últimas décadas, o uso abusivo de drogas vem crescendo significativamente no Brasil e no mundo, obrigando governos e também instituições não governamentais a voltarem seu olhar para esta questão, na busca de soluções de prevenção e repressão a este mal.

A atual legislação, nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas lícitas que causem dependência física ou psíquica, não diferencia o usuário do experimentador. Nada importa se consumiu droga uma vez ou se reiteradas vezes. Dependente, usuário e experimentador, receberão o mesmo tratamento.

A nova lei estabelece, sem qualquer distinção, que o dependente e o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica,

relacionados pelo Ministério da Saúde, podem ser submetidos à internação ou tratamento ambulatorial.

Conforme o parágrafo 1º do art. 12 da referida Lei, “o tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional, e sempre que possível, com a assistência da família”.

Em 11 de dezembro de 2001 houve o lançamento da Política Nacional Antidrogas pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, que representou um importante marco no esforço nacional de combate às drogas. O documento estabeleceu os objetivos, as diretrizes e as estratégias para a ação antidrogas.

Paulo Roberto Uchoa pontua a importância da Política Nacional Antidrogas reconhecer a diferença entre o usuário ou dependente e o traficante de drogas, admitindo que a dependência - antes de se configurar crime, deve ser considerada uma doença, precisando receber tratamento adequado (UCHOA, 2003).

Em 19.12.1986, a lei nº 7.560 criou o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB, tendo sido essa denominação alterada para Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD e sua gestão transferida do Ministério da Justiça para a Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Com esta lei, ficou explicitamente definido o poder-dever do Estado de promover a venda de bens e/ou a apropriação de valores apreendidos em decorrência do tráfico de drogas, ou adquiridos com recursos provenientes desse crime, incorporar os recursos obtidos ao Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, bem como destiná-los ao desenvolvimento, à implementação e à execução de ações, programas e atividades de repressão, de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes químicos. Assim, estabeleceram-se critérios

para uma justa reversão do patrimônio obtido ilicitamente às custas da degradação da saúde pública e da paz social, em favor da Sociedade.

O Conselho Nacional Antidrogas, tem como competência aprovar a Política Nacional Antidrogas, exercer orientação normativa, inclusive referente aos compromissos internacionais do Brasil, sobre as atividades de repressão do uso indevido, do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e de prevenção do uso indevido desses mesmos produtos, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes. Também visa acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas, e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional Antidrogas e, ainda, integrar ao Sistema Nacional Antidrogas os órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Política da Secretaria Nacional Antidrogas afirma, ainda, a opção brasileira pela municipalização das ações como estratégia adequada para conceder a necessária capilaridade à mensagem antidrogas e potencializar a participação do setor privado e da sociedade civil no esforço de combate às drogas. Dessa forma, atribuiu aos Municípios brasileiros o papel desafiador de atuar como instância de formação de uma consciência social refratária ao consumo indevido de drogas e aos Estados a tarefa de acompanhá-los na sua esfera de atividades, tudo em consonância com a Secretaria Nacional Antidrogas, cuja missão, como órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas, é a de articular, organizar e orientar, em nível nacional, as ações da Política Nacional Antidrogas, estimulando a sua municipalização. E esse trabalho a Secretaria vem desenvolvendo com o auxílio da Rede Integrada SENAD - Conselhos Estaduais de Entorpecentes.

Assim foi criado também o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), viabilizando a necessária capilaridade nas ações relacionadas ao enfrentamento das drogas dentro do território nacional e potencializa-se o resultado da participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País.

Aos COMADS cabe assegurar a plena integração de todas as instituições e entidades que se disponham ao enfrentamento do desafio sintetizado na Causa Antidrogas. Destacam-se, dentre tais instituições, aquelas relacionadas às áreas de ensino e saúde, as entidades religiosas, desportivas e representativas da mídia, as comunidades terapêuticas, os serviços nacionais profissionalizantes (Senai, Sesc e Senac), as associações assistenciais, os clubes de serviço, assim como os movimentos comunitários organizados.

No entanto, com toda a legislação existente para conter o uso ilegal de drogas, hoje é visível cada vez mais, o aumento alarmante de usuários de drogas em Florianópolis e dentre esses usuários está o aumento do uso de drogas, seja de uma droga lícita ou ilícita, por mulheres.

## **2.2 Dependência química em mulheres**

A família moderna vive cada vez mais constantes transformações na sua dinâmica diária, lhe dando assim um caráter vulnerável intra e extra familiar. Isso ocorre pelas diversas mudanças sócio-econômicas em nosso país, por conta da política monetária e social, que visam garantir o melhor àqueles cidadãos com o maior poder aquisitivo. Por outro lado, os

menos favorecidos, que são os que constituem os alicerces da economia nacional, não recebem seu devido valor e tornam-se cada vez mais destituídos do seu papel de cidadão.

Neste contingente estão incluídas também as mulheres, que hoje por essa razão, passam a ser parte fundamental no sustento da família, sendo dotada de uma jornada tripla, tendo muitas vezes que ser a dona de casa, trazer o sustento, além de ser necessário atender as várias atribuições que o nome “mãe” lhe impõem.

Infelizmente esses não são os únicos problemas enfrentados pelas mulheres modernas, que, neste sentido, acreditamos que tenham conquistado a igualdade com os homens para o bem e para o mal também. A dependência química tornou um dos piores problemas brasileiros, não sendo diferente em nosso município, afetando a sociedade como um todo.

A partir da segunda metade do século passado, as mulheres dependentes químicas começaram a receber maior atenção nas pesquisas quando passaram a procurar com maior frequência os profissionais da área de saúde para tratamento. Como resultado destas pesquisas, constatou-se que é alta a prevalência dos problemas relacionados ao consumo de drogas entre as mulheres.

As causas que levaram à baixa detecção por vários anos relacionam-se com o forte estigma social e moral que essas mulheres estão submetidas. Historicamente, as mulheres sempre foram mais criticadas, se comparadas aos homens, por usarem álcool ou outras drogas, sendo acusadas de se tornarem agressivas e promiscuas sexualmente quando intoxicadas, impedindo-as de procurar ajuda. Outra causa é a falta de treinamento das equipes primárias de saúde. Mulheres dependentes químicas procuram, em geral, serviços médicos não especializados com queixas vagas sobre sua saúde. O próprio preconceito delas, associado ao do médico, dificultam o diagnóstico e o adequado encaminhamento destas mulheres. Não

esquecendo os problemas com a falta de centros especializados exclusivos para mulheres, que seriam mais atrativos para elas (REVISTA MIND, 2003).

Segundo Hochgraf (2001), a depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde são motivos dados para o início de uso de cocaína pelas mulheres. Diferente dos homens que citam os efeitos da intoxicação pela cocaína como motivo para o início do uso. As mulheres começam e mantêm o uso de drogas geralmente quando se relacionam com um companheiro que também usa drogas.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, houve um aumento considerável de problemas relacionados ao uso de álcool entre a população feminina. Estudos mostram que as mulheres começam a beber a partir da ocorrência de eventos significativos, diferentemente dos homens, que não apontam um desencadeante especial. Alguns autores postulam que o crescimento do alcoolismo feminino esteja associado com a entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política. Outros autores, no entanto, não encontram evidências de crescimento do alcoolismo feminino, com exceção de um aumento na porcentagem de mulheres alcoolistas na meia-idade, isto é, na faixa etária de 35 a 64 anos. Na verdade, é indiscutível se ocorreu um aumento real da prevalência de alcoolismo entre mulheres ou seria uma impressão falseada. O que ocorre é um aumento de mulheres sendo diagnosticadas por estarem superando a vergonha e o próprio preconceito em relação ao seu problema, procurando assim, mais serviços especializados.

As mulheres alcoolistas começam a beber tardiamente em relação aos homens, porém chegam ao tratamento com a mesma idade, mostrando uma progressão mais rápida do alcoolismo. O organismo feminino absorve 30% a mais de álcool que o masculino. Isso pelo fato de as mulheres terem mais gordura e menos água no corpo. Dispondo de menos enzima para metabolizar o álcool lançado na corrente sanguínea, a mulher se embriaga quatro vezes

mais que o homem, ingerindo a mesma quantidade de bebida. Sabe-se também que as mulheres alcoolistas demoram menos tempo para ter complicações físicas e estas são mais graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Em um estudo brasileiro, foi visto que mais de 65% das mulheres tinham tempo de alcoolismo menor que 20 anos e antes dos 40 anos estavam em tratamento pelas conseqüências do alcoolismo (cirrose hepática, pancreatite, entre outros). Entre os homens menos de 60% tinham tempo de alcoolismo menor que 20 anos e início das manifestações antes dos 40 anos (DANTAS, 1985). Não esquecendo os problemas obstétricos, relatados pelos freqüentes partos prematuros, anomalias congênitas, retardo de crescimento, deslocamento prematuro de placenta entre outros. Ao contrário das mulheres dependentes da cocaína, que iniciam o uso mais precocemente que os homens e chegam antes ao tratamento.

O crack, por ser barato, atingiu primeiramente os mais pobres. Hoje, está sendo usado por todas as classes sociais – embora isso não seja dito – e começa a se espalhar pelo interior de São Paulo e outros Estados, como Minas, Bahia, Rio Grande do Sul Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. As mulheres formam boa parte do grupo de usuários. Uma amostra disso pode ser vista no Programa de Atendimento à Mulher Dependente (Promud), ligado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. De 1996 até hoje, 203 usuárias foram atendidas pelo projeto. Cerca de 60% eram alcoólatras. Outras 65 eram dependentes de drogas – 49 delas usuárias de crack. Dessas mulheres, 21 tinham filhos e 12 utilizaram a droga na gestação. A coordenadora do programa, Patrícia Hochgraf, afirma que grande parte dessas mães é muito jovem. Em geral, elas começam a fumar com 17 anos. A maioria é iniciada na droga pelos companheiros (HOCHGRAF, 2003).

O que ocorre também com a dependência química entre mulheres é a associação desta com a prostituição. Alguns autores defendem a idéia de que o número de anos de

dependência química influencia o número de parceiros sexuais que uma mulher terá ou mesmo se ela se tornará uma prostituta ou negociará atividade sexual em troca de drogas. Este geralmente ocorre, quando a mulher torna-se dependente grave e conseqüentemente seus recursos financeiros diminuem, ficando difícil pagar pela sua dependência. Desta forma, o corpo passa a ser um recurso que a mulher pode vender. Assim que a mulher inicia a recuperação de sua dependência, esse seu comportamento sexual passado pode causar-lhe vergonha e culpa, preocupando-se em poder evitar este padrão de comportamento quando estiver sóbria.

A vulnerabilidade feminina às substâncias químicas é maior também do ponto de vista emocional. "A dependência é quase sempre uma tentativa de medicar uma depressão. Pela automedicação, as mulheres conseguem modificar imediatamente o estado de humor. Só que o alívio temporário não resolve. Ao apelar para remédios, drogas e álcool elas só estão conseguindo arrumar um novo problema para suas vidas", enfatiza a psiquiatra Mônica Zilberman. Resultados preliminares do estudo demonstram que as mulheres dependentes em cocaína e crack tentam o suicídio cinco vezes mais que os homens. Numa amostra de 80 mulheres, metade já havia tentado se matar. Entre dependentes homens, a taxa oscila em torno de 9%. É cientificamente comprovado que elas também sofrem mais de depressão e ansiedade que os homens (HOCHGRAF, 2003).

Outra causa atribuída ao início do uso de drogas pelas mulheres está relacionada à constatação de perda de objetivos quando os filhos saem de casa. Muitas vezes, o casamento também não vai bem. Por todos esses fatores elas sentem uma sensação de inutilidade. Se a mulher não for bem preparada, muitas vezes, a independência dos filhos pode desencadear depressão ou compulsões, por exemplo, pelo álcool ou outras drogas. "É uma fase delicada na vida, principalmente da mulher que não desenvolveu vida própria e sempre dependeu dos

filhos e do marido", diz a terapeuta familiar Denise Werneck, subchefe do Departamento de Psicologia Clínica da UERJ. "Não se trata apenas de estar longe dos filhos, mas também de lembrar que a velhice se aproxima, e que ela tem que repensar quais seus objetivos e quais os ganhos ela deseja para os próximos anos de vida", completa (GUEDES, 2003).

Esse quadro descrito acaba sendo agravado com a chegada da menopausa, muitas vezes seguida de depressão. A mulher de meia idade começa a beber ou usar outras drogas como auto-tratamento para esses problemas. Este grande equívoco gera um outro: a dependência química, salienta Patrícia Hochgraf, coordenadora do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (Promud), do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea), do Hospital das Clínicas, em São Paulo.

### **2.2.1 Do tratamento para mulheres dependentes químicas**

Geralmente as mulheres dependentes químicas sentem muita vergonha de sua situação e conseqüentemente têm imensa dificuldade de procurar ajuda. Em geral, são os filhos que as impulsionam a buscar tratamento.

As mulheres alcoolistas, como já foi mencionado, começam a beber tardiamente em relação aos homens, porém chegam ao tratamento com a mesma idade, mostrando uma progressão mais rápida do alcoolismo. Ao contrário das mulheres dependentes da cocaína, que iniciam o uso mais precocemente que os homens e chegam antes ao tratamento.

Laranjeira (1996), verifica que, mesmo lutando contra o preconceito, as mulheres hoje começam a sair da toca para se cuidar. "Antes o ambiente de tratamento era muito

masculinizado e as mulheres se sentiam pouco à vontade para falar de seus problemas", enfatiza. Grupos específicos são uma novidade. Eles surgiram em capitais como Rio de Janeiro e São Paulo há cerca de um ano. "Quando estão entre si, as mulheres não têm medo de falar de suas dificuldades e sentimentos. Normalmente, grupos femininos abandonam mais rapidamente o papo sobre as substâncias para falar de si mesmas", constata a psiquiatra Sílvia Brasiliano, que faz terapia de grupo no Hospital das Clínicas.

A experiência dos grupos de terapia tem demonstrado que as mulheres, em geral, resistem mais em aderir ao tratamento, mas depois de vencerem o próprio preconceito são mais fiéis do que os homens ao duro caminho de volta. A psiquiatra Sílvia Brasiliano sinaliza a verdadeira recuperação: "O principal critério para a alta de um tratamento não é apenas a abstinência, o mais importante é reformular o modo de vida, as relações familiares e afetivas e voltar a exercer uma atividade prazerosa e produtiva".

Essa história é real e traz em si características comuns a situações vividas por várias mulheres. Sensação de abandono, vergonha, medo, negar que está doente e por isso não buscar ajuda.

A tese de doutorado da coordenadora do Promud, Patrícia Hochgraf, mostra que a mulher responde muito melhor a tratamentos específicos. Segundo Patrícia, a pesquisa indica que com um tratamento exclusivamente feminino, 80% das mulheres continuam o tratamento após seis meses do seu início e 50% após o período de um ano. Já nos tratamentos convencionais, mistos, a porcentagem cai para 15% após um ano.

Araújo (2003), salienta que nos grupos mistos há predominância de homens. Obviamente as preocupações dos homens são diferentes das preocupações das mulheres. Eles se apegam a questões profissionais e judiciais. A mulher está mais ligada aos problemas com relacionamentos, auto-estima e corpo. A inserção no mercado de trabalho também preocupa. E

justamente pelo tipo de preocupação que manifestam, ou seja, mais ligada à sensibilidade, ela acredita que as mulheres desenvolvem ansiedade e depressão com muito mais facilidade.

Uma das questões que deve ser trabalhadas durante o tratamento para mulheres dependentes químicas e que difere do tratamento para homens dependentes químicos (sendo que este não é visto como um problema para os mesmos), é a questão de gênero. Por acreditarmos que este assunto é de grande relevância para que os resultados obtidos em um tratamento sejam positivos, não poderíamos deixar de mencioná-lo, visto ser um dos motivos pelo qual a mulher é discriminada e sofre preconceitos por ser uma dependente química.

### **2.2.2 A questão de gênero**

Segundo as descrições de Faria (1997), a questão de gênero emergiu das lutas do movimento feminista, que tinham como objetivo explicar teoricamente a opressão sofrida pelas mulheres. Nesta época também, a antropologia e a psicanálise começam a trabalhar o conceito de gênero para definir a identidade feminina e masculina, partindo do princípio de que elas são constituídas através de uma construção social.

Os estudos sobre gênero, segundo Grossi (1998) são uma das consequências das lutas libertárias dos anos 60 (as revoltas estudantis de maio em Paris, o movimento hippie, as lutas contra a guerra do Vietnã nos EUA e a luta contra a ditadura militar no Brasil). Todos esses movimentos tinham por objetivos a luta por uma vida melhor, mais justa e igualitária e é justamente no bojo destes movimentos, que é percebida a problemática de gênero, quando as mulheres que neles participaram perceberam que apesar de militarem em pé de igualdade com

os homens tinham nestes movimentos um papel secundário, raramente eram convidadas a assumirem liderança política.

Autores defendem que os aspectos naturais determinados biologicamente no homem não determinam a representação social do que entendemos por masculino e feminino, eles se constroem através do contexto social já definido por uma determinada cultura.

[...] As diferenças biológicas necessariamente não definem o ser homem e o ser mulher, isto acontece a partir da socialização adquirida através da cultura na qual o indivíduo se encontra inserido, ou seja, quando nascemos já existe um modelo social estabelecido, do qual fazemos parte (FERREIRA, 2002, p. 10).

Segundo Ferreira (2002), a construção social dos indivíduos consiste numa elaboração de uma forma de viver, agir e pensar, visto que é da realidade constatada que se apresentam fatores e influências do contexto cultural, econômico, político e social. Os valores, normas e regras instituídas são valores condicionantes que aprovam ou desaprovam o comportamento do indivíduo, que são adquiridos a partir das expressões culturais trazidas pela sociedade.

Neste sentido, podemos identificar que na questão de gênero a mulher sempre foi, através de nossa cultura, “subordinada” em relação ao homem através das regras, normas e ideologias impostas pela sociedade, em que temos que colocá-las em prática através de papéis sociais diferenciados. O que não é diferente na questão da dependência química, na qual a sociedade impõe diferentes regras. Neste caso podemos citar o alcoolismo no qual a sociedade impõe que para o homem beber é algo bonito, algo que demonstra sua masculinidade e para a mulher o alcoolismo é imposto como impossível de acontecer, algo fora das regras estabelecidas pela mesma, o que faz com que esta tenha mais dificuldade de pedir ajuda.

Sabemos que muitas mudanças e transformações acontecem levando em conta a questão de gênero. Os indivíduos se relacionam entre si, diariamente, desde o começo da história da humanidade, quando os homens foram criados: iguais, porém, diferentes.

Uma dessas mudanças está na estrutura familiar, na qual surgem os novos modelos familiares, advindos dos arranjos familiares. A família busca, através de diversas formas, se adaptar às novas demandas, havendo assim alterações nas organizações e nos relacionamentos familiares.

Para Bergeret e Leblanc (1991), não somente esta mudança, mas outras dificuldades ligadas ao papel feminino nas sociedades ocidentais modernas foram associadas a um acréscimo da dependência química na mulher. Segundo eles,

viver de acordo com os estereótipos femininos tradicionais pode parecer problemático ou tornar-se fonte de conflito interno para as mulheres modernas. Por um lado, as expectativas sociais podem lhes parecer exageradas, por outro suas estratégias pessoais de adaptação podem mostrar-se deficientes. Confrontadas com tais conflitos, certas personalidades, por vezes, são mais predispostas a sentir as dificuldades de adaptação do que as outras. A ansiedade oriunda de conflitos internos ou de conflitos na interação da mulher com o seu ambiente é um fator determinante para a utilização de drogas sem finalidade médica (BERGERET E LEBLANC, 1991, p. 283).

Por outro lado, Jocabina e Kühner (1998), salientam que as grandes revoluções sociais decorrentes da mudança trouxeram a convocação da mulher para a esfera do trabalho extradoméstico, e em consequência, a revisão de todos os seus papéis tradicionais. A mulher se insere no espaço público, para contribuir no orçamento doméstico, uma função que até então era exclusivamente masculina, sendo vista desta forma como positivo em relação à evolução da mulher.

Neste sentido, Romanelli (1995), acrescenta que a inclusão feminina no espaço público teve um significado simbólico positivo às mulheres, uma representação de trabalhadoras e produtoras de rendimentos. Esse novo atributo feminino contribuiu para com o início de novas alternativas de relações entre homem e mulher, dentro e fora da família.

A questão de gênero refere-se às diferenças construídas socialmente nas relações entre homens e mulheres que variam por contexto e situação. A análise de gênero requer, além de afirmações sobre "mulheres" e "homens", entender como fatores históricos, demográficos, institucionais, culturais e sócio-econômicos afetam as relações entre mulheres e homens em diferentes grupos. Neste sentido foi necessário estarmos analisando a questão de gênero para assim entendermos o contexto das mulheres dependentes químicas, relevando que esse enfoque merece ser considerado quando se fala da prevenção e tratamento da dependência química no universo das mulheres por questões específicas e importantes referentes à auto-estima, status, espaço, família etc.

O interesse em estudar a questão das mulheres dependentes químicas surgiu a partir do estágio, que foi realizado no Instituto São José, no serviço de dependência química. Perceber a necessidade de um tratamento para esta demanda foi algo que observamos e que nos chamou atenção encaminhando para a realização de uma pesquisa na qual, levantamos dados sobre a atual rede de atendimento que vem sendo oferecida para as mulheres dependentes químicas pelos serviços de saúde da rede pública oferecidos pelo Estado e/ou *conveniados com o SUS*.

### 3 METODOLOGIA UTILIZADA, RESULTADOS OBTIDOS E SUA ANÁLISE

#### 3.1 Procedimentos metodológicos

Para o desenvolvimento da pesquisa a metodologia utilizada foi a de Estudo de Caso, que representa um meio de investigação adequado para o estudo de campos sociais emergentes ou de áreas em constante mutação, como é a questão da mulher dependente química.

A escolha das instituições se deu pelo objetivo de estar verificando somente dados em instituições públicas ou que tenham convênio com o Sistema Único de Saúde, na grande Florianópolis.

Por este motivo o levantamento foi efetivado junto às 3 (três) Instituições com estas características, sendo duas públicas e uma privada conveniada com o Sistema Único de Saúde, conforme descrevemos abaixo:

- Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina: dispõe de tratamento psiquiátrico para mulheres e homens portadores de transtornos mentais e de tratamento para dependência química, este somente é oferecido para o sexo masculino.
- Hospital Santa Teresa: dispõe de tratamento psiquiátrico para mulheres e homens portadores de transtornos mentais e de tratamento somente para homens dependentes químicos.

- Instituto São José – Instituição privada, mas tem vários convênios, sendo um deles com o SUS. Dispõe de tratamento psiquiátrico para homens e mulheres portadores de transtornos mentais de forma particular, convênios e SUS. Disponibiliza tratamento para dependentes químicos na categoria particular e outros convênios para ambos os sexos, sendo que através do SUS, este atendimento é disponibilizado somente para o sexo masculino.

Segundo RÚDIO ( 1978, 15), “ a metodologia da pesquisa é o caminho a ser percorrido, demarcado do começo ao fim, por fases ou etapas, servindo de guia para o estudo sistemático daquilo que foi enunciado”.

O estudo de caso representa uma estratégia de investigação que examina um fenômeno no seu estado natural, também sendo caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou mais objetos, de maneira que venha proporcionar um conhecimento amplo e detalhado.

Para realizar o presente estudo de caráter qualitativo e quantitativo, os instrumentos utilizados foram pesquisa bibliográfica, ida a campo e aplicação de questionário aos profissionais que intervêm diretamente na questão da dependência química.

Primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico, objetivando explorar a questão atual da mulher dependente química, através de livros, revistas, documentos, internet, etc.

No segundo momento, visitamos as Instituições, a fim de verificar a forma de atendimento existente em cada um delas para mulheres dependentes químicas, além de estar verificando também a demanda atendida e a demanda que procura por atendimento.

No terceiro momento foi realizada a aplicação de questionários, junto aos profissionais que realizam atendimento nessas instituições a fim de conhecer a opinião destes sobre o contexto de atenção que deve ser focado no atendimento às mulheres na condição de dependentes químicas. Este instrumento apresenta uma característica bastante significativa, uma vez que nos possibilita quantificar e qualificar a realidade estudada.

A análise e os dados são apresentados, nesse sentido, de forma descritiva.

### **3.2 Apresentação dos resultados obtidos no estudo**

A identificação do número de mulheres atendidas junto às instituições visitadas (conforme identificadas), não pode ser fornecida em termos quantitativos visto que duas delas não tem atendimento específico para dependência química ao sexo feminino na rede pública. Quanto ao Instituto São José este só atende esta demanda pela categoria de particular. Não disponibiliza dados de registro pelo atendimento realizado pelo convenio SUS, visto que esses atendimentos são dispensados na unidade de psiquiatria, sem um programa de atendimento específico para dependência química.

Quanto à aplicação dos questionários junto aos profissionais da equipe de tratamento da dependência química destas instituições, obtivemos os seguintes dados:

Quanto à identificação profissional:

**Instituto São José** – Responderam ao questionário duas Assistentes Sociais, as duas com 3 anos de experiência na área de dependência química. Uma está cursando sua especialização no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e

outra possui pós-graduação em Dependência Química pela Pontifícia Universidade Católica – PUC do Paraná. Um consultor em Dependência Química, que trabalha há 6 anos nesta área, e dois psiquiatras, sendo que um trabalha há 23 anos nesta área, com especialização em dependência química e outra que trabalha nesta área há 7 anos, com especialização em psiquiatria.

**Instituto de Psiquiatria** – Respondeu ao questionário uma Assistente Social que trabalha há 21 anos com dependência química, sem especialização na área e uma outra profissional que não se identificou nessa questão.

**Hospital Santa Tereza** – Nenhum profissional respondeu o questionário.

Quanto ao atendimento existente nas instituições:

**Instituto São José** - Os cinco entrevistados responderam que há um atendimento para mulheres dependentes químicas nesta Instituição, no entanto três responderam que este atendimento é feito somente através de atendimento particular/convênios e dois responderam que o atendimento é prestado tanto para paciente particular/convênio, como previdenciário – SUS. Todos os entrevistados responderam que o programa de atendimento é misto, sendo que existe um programa de atendimento onde são atendidos homens e mulheres.

**Instituto de Psiquiatria** - os dois entrevistados responderam que um atendimento específico é inexistente para mulheres dependentes químicas nesta instituição, há somente um atendimento junto a enfermarias femininas de transtorno mental, sem haver um programa específico para o tratamento da dependência química.

Quanto ao tratamento:

**Instituto São José** - todos responderam que este é feito em um programa específico para tratamento de dependência química, sendo que dois entrevistados nos informaram que para pacientes particular/convênios, o tratamento é feito em um programa

específico, mas para pacientes SUS o atendimento é feito sem um programa específico, na qual as pacientes fazem o tratamento na enfermaria feminina de transtorno mental. Portanto, podemos perceber através desses dados que existe um programa específico para recuperação da dependência química, somente para paciente particular/convênios, não atendendo a demanda internada pelo SUS.

**Instituto de Psiquiatria** – Conforme as respostas obtidas verificamos que o tratamento para dependência química para demanda feminina não existe.

Quanto a procura existente por parte do sexo feminino para tratamento:

**Instituto São José** - todos os entrevistados responderam que há sim uma procura e todos consideram esta relevante, sendo assim justificável a implementação de maiores alternativas de atendimento. Dois entrevistados contribuíram neste sentido, acrescentando<sup>5</sup>:

para atender as necessidades desse grupo de dependentes químicas com características diferenciadas em relação ao grupo masculino, através de uma abordagem terapêutica mais dirigida e específica.

a demanda é extremamente grande porém, reprimida. Principalmente no que se refere ao atendimento previdenciário, percebe-se a não existência de recursos para encaminhamento do público feminino no estado de Santa Catarina.

**Instituto de Psiquiatria** – os dois entrevistados também responderam que há procura e que esta é relevante, sendo necessário a implantação de maiores alternativas de atendimento. Um entrevistado acrescentou:

existe uma demanda, uma procura muito grande nesse aspecto referenciado à dependência química feminina. Justifica-se através desse fato por não

---

<sup>5</sup> Respostas dos entrevistados ao questionário aplicado, sendo respeitado o direito de não identificação.

haver no Estado trabalhos à essa clientela, seja centro de recuperação, ambulatorial, etc.

Quanto as razões que dificultam ter um programa de atendimento para mulheres dependentes químicas, no espaço institucional:

**Instituto São José** - os cinco entrevistados responderam que o que dificulta é a falta de equipe, sendo que um dos entrevistados não assinalou nenhuma das opções e acrescentou que o programa de atendimento para mulheres dependentes químicas está sendo estruturado pela equipe para ser implementado nos próximos quatro meses. No entanto, um dos entrevistados além de acreditar que é a falta de equipe, acrescentou a falta de estrutura e de interesse, acrescentando que por se tratar de uma instituição privada, não tem interesse em investir no sistema público (atendimento SUS) deixando esta responsabilidade apenas para o Estado que atualmente direciona o atendimento com outras premissas.

**Instituto de Psiquiatria** – os dois entrevistados responderam que a dificuldade vem da falta de estrutura e falta de interesse, sendo que um dos entrevistados também respondeu que outra dificuldade é a falta de equipe e acrescentou que falta vontade política por parte da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Quanto ao levantamento sobre o que difere no atendimento para mulheres e homens dependentes químicos:

**Instituto São José** - quatro dos entrevistados acreditam ser a questão de gênero algo que difere no atendimento, dois entrevistado acreditam que a relação familiar, a situação dos filhos e a questão de maternidade/paternidade também diferenciem. Somente um entrevistado considera que a preocupação com o corpo diferencie e acrescenta que além dessas

opções também o que diferencia é a relação com a droga, preconceito e auto-estima. Já a abordagem foi assinalada por três dos entrevistados.

**Instituto de Psiquiatria:** os dois entrevistados responderam que é a questão de gênero, a relação familiar, a questão de maternidade/paternidade, a abordagem e a situação dos filhos. No entanto, nenhum dos dois assinalou a opção da preocupação com o corpo, como sendo algo que difere no atendimento.

Quanto a composição da equipe de profissionais ser predominantemente feminina para um programa de atendimento de recuperação para mulheres dependentes químicas:

**Instituto São José** - dois entrevistados acreditam que a equipe predominantemente feminina não trará mais resultados positivos. No entanto, ao contrário, três entrevistados acreditam que a equipe feminina trará mais resultados positivos, sendo que dois acrescentam:

as atuais avaliações de programas de tratamento tem evidenciado a superioridade em relação aos programas desenvolvidos apenas por equipe masculina. Destacam-se maior troca de adesão, aumento do tempo de permanência no tratamento e melhores resultados terapêuticos. Profissionais do sexo feminino permitem uma maior identificação.

facilitaria no processo de construção do vínculo terapêutico, uma vez que há uma maior identificação podendo referenciar/elaborar mais especificamente um plano terapêutico.

**Instituto de Psiquiatria** - os dois entrevistados acreditam que uma equipe predominantemente feminina não trará mais resultados positivos, sendo que um dos entrevistados acrescentou:

que os resultados positivos são identificados através de uma equipe multidisciplinar bem estruturada e organizada, não interessando assim se é

predominantemente feminina ou masculina. Essa equipe deve estar capacitada e integrada.

Quanto à opinião dos entrevistados sobre a maneira que deve ser realizado o tratamento para mulheres dependentes químicas:

**Instituto São José** - três entrevistados acreditam que o tratamento deve ser realizado através de acompanhamento ambulatorial e internação. Dois entrevistados assinalaram as demais opções, ou seja, o hospital dia, hospital noite e grupos de auto ajuda. No entanto dois entrevistados não assinalaram nenhuma das alternativas, somente descreveram que isto depende da avaliação técnica.

**Instituto de Psiquiatria** - os dois entrevistados nos responderam que o tratamento deve ser realizado através de acompanhamento ambulatorial, internação, hospital dia, hospital noite e grupos de auto-ajuda.

### **3.4 Análise dos resultados**

Os dados obtidos através da aplicação do questionário e da visita às Instituições no qual não podemos deixar de fazer uma breve análise é a identificação da falta de atendimento para mulheres dependentes químicas em nosso Estado, pelo Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado através da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), nº 8.080 e 8.142, de 1990. Essas leis consagraram os princípios fundamentais incluídos na

Constituição: a saúde como direito civil; o conceito ampliado de saúde, considerando sua determinação social, a construção do SUS, assegurando os seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade, racionalidade, resolubilidade, descentralização e participação. No caso especial do atendimento em saúde mental e dependência química em Santa Catarina, podemos observar que a descentralização não está ocorrendo, visto existir uma concentração do atendimento na região litorânea do Estado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doenças e de enfermidade. Para Bergeret e Leblanc (1991), esta definição apesar de ser criticável, é válida do ponto de partida de uma estratégia realista para chegar a um nível de saúde ótimo para toda a sociedade.

No entanto, para que os Estados adotem plenamente o conceito de saúde expresso na Constituição, terão que “implementar políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e que proporcionem o acesso de todos – igualmente – às ações e serviços destinados a promover, proteger e recuperar a saúde” ( DALLARI, 1995, p. 120).

Em relação ao Instituto São José, sabemos que conforme o SUS, a medicina privada deveria atuar apenas como complemento ao sistema público de saúde, e as entidades privadas, ao serem contratadas, têm que incorporar as normas técnicas administrativas e os princípios e diretrizes do SUS, sem oferecer níveis diferenciados entre o público e o privado, algo que não acontece. Isto fica evidente quando percebemos, através das respostas obtidas nos questionários, que há um programa especializado para dependentes químicas no âmbito privado, não ocorrendo o mesmo no âmbito público.\*

Conforme a Constituição, em seu artigo 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

- 1º [...] mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (BRASIL, 1988).

No contrato com as instituições privadas, os interesses públicos devem prevalecer aos privados, como se o serviço privado fosse público, a integração dos serviços privados deverá dar-se na mesma lógica organizativa do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços (ABC do SUS, 1990).

Nesse sentido, também com embasamento nas informações obtidas sabemos que a procura por tratamento pelas mulheres dependentes químicas é relevante para que se busquem mais alternativas para esta demanda. No entanto, através da opinião dos entrevistados, pudemos verificar que a falta de interesse do privado em investir no sistema público (atendimento SUS) e de vontade por parte do Estado em estar investindo recursos para essa questão, inviabilizam o cumprimento da lei. Portanto, fica concluído que, de um lado por falta de interesse e de outro, por falta de vontade, continuamos sem ter para onde encaminharmos mulheres dependentes químicas, que teriam direito a tratamento para recuperação de sua qualidade de vida.

Com a aplicação do questionário, além do nosso objetivo de levantar dados sobre a falta de um tratamento para mulheres dependentes químicas, buscamos conhecer a opinião de profissionais que atuam na área, sobre formas de abordagem a serem implantados em um programa para mulheres dependentes químicas. Nesse sentido, identificamos que os profissionais, na sua maioria, remetem a questões que seriam particularizadas sim, principalmente pela questão de gênero, papéis familiares entre outras. Segundo o médico Joel

Rennó Júnior, psiquiatra do Hospital das Clínicas e professor da USP alerta que os recursos técnicos e humanos para tratamento, neste caso relacionado por ele somente ao alcoolismo feminino, devem ser específicos, realizados por equipe multiprofissional, sendo as mulheres separadas por grupos etários. Para ele “como nas mulheres sempre há questões afetivas envolvidas, os programas de psicoterapia devem ter suporte de equipe que favoreça a intimidade, o calor e a livre troca afetiva” (JUNIOR, 2003)

Na questão que diz respeito à equipe para um programa para mulheres dependentes químicas ser predominantemente feminina, os profissionais na sua maioria, concordam quanto a essa necessidade, visto que consideram que seria mais produtivo pela identificação entre elas. Neste sentido, Joel Rennó Junior (2003), contribui quando ressalta que a psicoterapia de grupo, exclusivamente feminino, deve servir de espaço para reflexão, no qual a mulher busque o sentido para as suas vivências. Para ele os focos da psicoterapia devem envolver reconstrução do relacionamento interpessoal, construção da identidade pessoal, questões da maternidade e estratégias para lidar com fontes de estresse.

Também temos a contribuição, neste sentido, de Patrícia B. Hochgraf, do Programa de Assistência à Mulher Dependente Química (Promud), quando salienta que é importante constatar nessa área a necessidade de uma equipe de atendimento predominantemente feminina. Segundo ela, esse fator atrairia mais as mulheres, e também aumentaria o tempo de permanência no tratamento. Esta equipe funcionaria como um modelo positivo de identificação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, juntamente com a vivência no estágio curricular obrigatório realizado no Instituto São José, caracterizaram-se um processo bastante rico. A última por não ficar restrita somente a prática, mas por ter sido oportunizado sempre a relação ao referencial teórico, o que qualifica a intervenção profissional. Também, foi através de nosso estágio que pudemos observar entre várias questões que envolvem a dependência química, a pouca disponibilidade de atendimento na esfera pública para mulheres que buscam tratamento para sua doença, o que veio a despertar nosso interesse em estudar mais profundamente esta questão social, existente em nossos dias.

Diante de tal desafio, procuramos descrever esta e, como resultado, podemos constatar na pesquisa bibliográfica que existe um aumento crescente nos dias atuais, de mulheres dependentes químicas e que, portanto, há que se ter uma maior preocupação em oferecer alternativas de atendimento para esta demanda. Vale refletir aqui que a questão do gênero sempre influenciou e continua exercendo pressão sobre essa situação. O fato de ter aumentado a demanda, não exclui a realidade de que em outras épocas, também existiam mulheres dependentes químicas, mas estas por medo, por preconceito não procuravam ajuda, ficando este problema escondido atrás de estigmas impostos por nossa sociedade, por serem atitudes e situações só permitidas para o sexo masculino. Hoje o que está ocorrendo é que a mulher começou a se expor mais na sociedade, está lutando por seus direitos e assim vai desmistificando certos preconceitos, solicitando recursos para tratamento de sua doença.

Ao término deste trabalho de conclusão de curso, consideramos que o tema, contextualizado principalmente na questão do atendimento para mulheres dependentes

químicas, é complexo e merece aprofundamentos teóricos-metodológicos, bem como uma melhor definição por parte do Estado enquanto política pública, no sentido dessa questão estar se constituindo como um direito ainda não garantido e a ser conquistado.

Conforme exposto, o objetivo deste estudo foi, colher dados sobre o acesso ao atendimento para mulheres dependentes químicas e como vem sendo efetivado na grande Florianópolis, bem como visou identificar a forma com que este vem sendo realizado.

A discussão sobre tal temática foi bastante válida, mas deve ter continuidade, sendo um tema ainda pouco discutido em nossa sociedade, não obstante sua fundamental importância, visto que será uma conquista de cidadania. Entendendo que a saúde como direito está referida à vivência plena da condição de cidadania, sendo assim tanto mulheres como homens tem o mesmo direito de receberem tratamento pelo Sistema Único de Saúde, para estarem recuperando sua saúde. Nessa direção, temos o conceito de Dependência Química, da Organização Mundial da Saúde como uma doença. Vale salientar aqui a existência do atendimento as mulheres portadoras de dependência química em conjunto com a enfermagem feminina psiquiátrica (sem nenhum programa específico) enquanto que na mesma instituição o atendimento ao dependente do sexo masculino é específico inclusive em termos de espaço físico.

Neste sentido, consideramos que cabe também a nós, profissionais de Serviço Social, estarmos defendendo juntamente com as mulheres por um atendimento de qualidade nos serviços de tratamento da dependência química, questionando junto ao Estado maiores alternativas de atendimento, face a existência de uma demanda relevante e principalmente por ser um direito que está sendo, de certa forma, violado.

Identificamos também nesse estudo, que são vários os fatores, que diferem o atendimento para homens e mulheres, o que nos leva a considerar que um programa específico

para mulheres dependentes químicas traria a estas mais resultados na sua resposta ao tratamento, evitando assim recaídas, pelo fato de nesse universo serem tratadas questões específicas do meio feminino, que com certeza influenciam para seu tratamento e recuperação bem sucedida.

Por fim, pretendemos que a conclusão desse trabalho se constitua em subsídios para se iniciar uma mobilização na sociedade em busca de novas alternativas para as mulheres, visto ter sido um estudo referenciado em visitas às instituições e em opiniões de profissionais qualificados, pois foram ouvidos aqueles que têm relação direta com essa demanda e essa temática.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e ampla. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARAÚJO, Luciana. **Álcool e mulher**: efeitos no corpo e na alma. Disponível em <<http://arvoredobem.ig.com.br/materias/21/0701-0800/787/787.01.html>>. Acesso em 10/11/2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nº 1 a 6/94 – ed. Atual em 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **ABC do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BERGERET, J; LEBLANC, J.. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BUCHER, Richard. **Drogas**: o que é preciso saber. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade. Governo do Estado de São Paulo, 1992.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DANTAS, R. O. **Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**. Revista de Saúde Pública. V. 19. SP, Brasil, 1985.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA. **Compreendendo a Dependência Química**. Disponível em <<http://www.semdrogas.org.br/Dependencia/dep02.htm>>. Acesso em 27/10/2003.

FARIA, Lia. **Ideologia e utopia nos anos 60: um olhar feminino**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 1997.

FERREIRA, Silvana. **Os desafios da paternidade e da maternidade e a intervenção do Serviço Social frente às questões de gênero**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis, 2002.

GROSSI, Miriam P; PEDRO, Joana M. **Masculino, Feminino, Plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: ed. Mulheres, 1998.

GUEDES, Andréia. **Ansiedade e depressão levam mulheres ao vício**. Disponível em <<http://www.maisde50.com.br/artigo.asp?id=5109>>. Acesso em 15/11/2003.

HOCHGRAF, B. Patrícia. **Programa de Assistência à Mulher Dependente Química**. Disponível em: <[http://www.zaz.com.br/istoe/comportamento/1601herancatragica\\_1.htm](http://www.zaz.com.br/istoe/comportamento/1601herancatragica_1.htm)>. Acesso em 15/11/2003.

INSTITUTO SÃO JOSÉ. **Documento Institucional de Divulgação**. São José, 2001. Rio de Janeiro: BCD União de Editoras AS, 1998.

JACOBINA, E.; KÜHNER, M. H. **Feminino e masculino**. No imaginário de diferentes épocas, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

JUNIOR, Joel Rennó. **Os perigos do alcoolismo feminino**. Disponível em: [www.netpsi.com.br](http://www.netpsi.com.br). Acesso em 03/01/04.

KAWALL, Beatriz Gonçalves. **A contribuição do Assistente Social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção da recaída**. Trabalho de Conclusão de curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2003.

KOWALSKY, Elis Regina. **Dependência Química de Drogas: uma questão de saúde coletiva**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 1997.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

PICCOLO, F. D. **Se Deixar A Droga Levar**. In: IV Reunião de Antropologia do Mercosul. Anais da IV Reunião de Antropologia do Mercosul. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2001.

RÚDIO, Ferraz Victor. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 1978.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SAUDAVELMENTE. **Cidadania na doença mental**. Boletim informativo do Instituto São José. Ano 3, nº 7, jan./mar. São José, 1999, p. 1.

SENAD - SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Um guia para a família**. Brasília: Série Diálogo nº 1, 2002.

SENAD - SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Aspectos básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas**. Brasília: Série Diálogo nº 3, 2002.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. Abordagens Terapêuticas. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Drogas, AIDS e Sociedade**. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995.

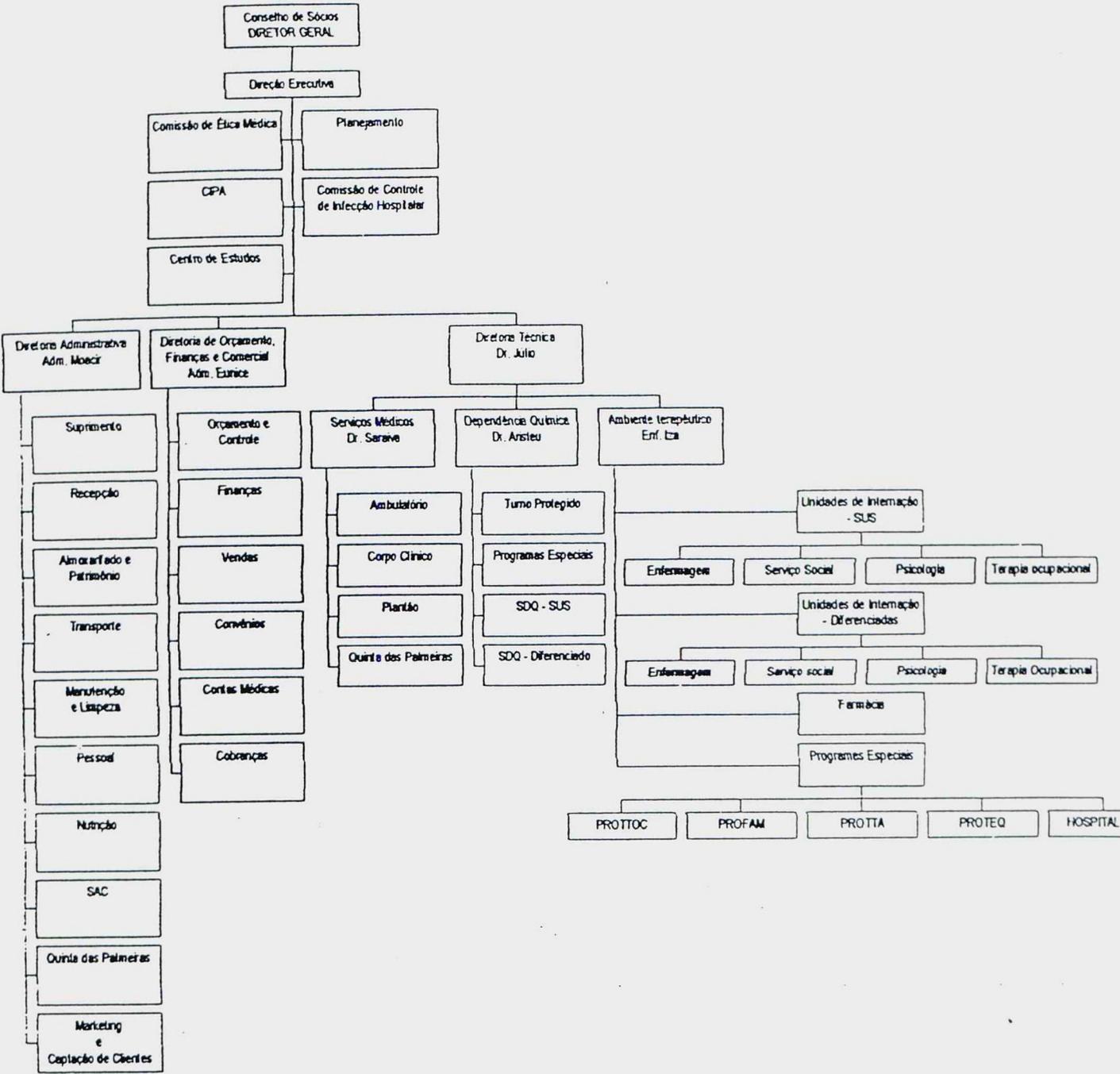
REVISTA MIND. **Compreendendo a dependência química**. Nº 12. Disponível em: <<http://www.semdrogas.org.br/Dependencia/dep01.htm>>. Acesso em 27/10/2003.

ROMANELLI, Geraldo. Autoridade e poder na família. CARVALHO, M. C. B de. **A família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 1997.

UCHOA, Paulo Roberto Y. de M. **Política Nacional Antidrogas**. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#intrudução>> . Acesso em: 15/04/2003.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**



## **ANEXO 2**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
DISCIPLINA: ORIENTAÇÃO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ACADÊMICA: RITA DALLE LASTE  
SERVIÇO SOCIAL – 8ª FASE

IDENTIFICAÇÃO -  
PROFISSÃO:  
TEMPO DE TRABALHO COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA:  
ESPECIALIZAÇÃO/FORMAÇÃO:

### QUESTIONÁRIO

TEMA: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO DO UNIVERSO FEMININO

1ª QUESTÃO:

No seu espaço Institucional, existe o atendimento para mulheres com dependência química?

- sim       particular/convênios  
 previdenciário (SUS)  
 não

2ª QUESTÃO:

Se existe um programa de atendimento, caracterizar a forma:

- exclusivo para mulheres  
 misto

3ª QUESTÃO

O tratamento é realizado:

- em um serviço/setor, no qual existe um programa específico para o tratamento da dependência química;  
 em um serviço/setor, no qual não existe um programa específico para o tratamento da dependência química

#### 4ª QUESTÃO

Existe a procura por atendimento para mulheres dependentes químicas?

- sim
- não

#### 5ª QUESTÃO

Se você considera que existe uma demanda relevante, nesse caso é justificável a implementação de maiores alternativas de atendimento?

sim. Por que? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

não. Por que? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

#### 6ª QUESTÃO

Quais as razões que dificultam ter um programa de atendimento para mulheres dependentes químicas, no seu espaço institucional?

- falta de estrutura
- falta de equipe
- interesse
- outras razões. Quais? \_\_\_\_\_

---

---

#### 7ª QUESTÃO

Na sua opinião o que difere o atendimento para homens e para mulheres?

- a questão de gênero
- a relação familiar
- a questão da maternidade/paternidade
- a abordagem
- a situação dos filhos
- a questão da baixa auto-estima

( ) a preocupação com o corpo

( ) outras. Quais? \_\_\_\_\_

### 8ª QUESTÃO

Na sua opinião, uma equipe predominantemente feminina para um programa de atendimento para mulheres dependentes químicas, traria mais resultados positivos do que uma equipe predominantemente masculina?

( ) sim. Por que? \_\_\_\_\_

( ) não. Por que? \_\_\_\_\_

### 9ª QUESTÃO

Na sua opinião, em um programa para mulheres dependentes químicas, o tratamento deve ser realizado de que maneira?

( ) acompanhamento ambulatorial

( ) internação

( ) hospital dia

( ) hospital noite

( ) grupos de auto ajuda

( ) outros. Quais? \_\_\_\_\_

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

\_\_\_\_\_  
Rita Dalle Laste

Florianópolis, nov/2003