

## Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III

### Singular Therapeutic Project in women attending in a CAPS AD III

Scheila Silva Rasch<sup>1</sup>

Angela Nobre de Andrade<sup>1</sup>

Luziane Zacché Avellar<sup>1</sup>

Pedro Machado Ribeiro Neto<sup>1</sup>

#### Resumo

Este estudo objetiva debater o Projeto Terapêutico Singular a partir da análise de prontuários de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Foi realizado um levantamento nos prontuários de 27 mulheres atendidas no serviço. Os resultados levaram a três categorias principais: características sociodemográficas e do consumo; processo do tratamento; e temática das redes articuladas à construção do projeto terapêutico. Apesar da diversidade de ações e redes utilizadas, este levantamento evidencia a necessidade da ampliação de ofertas terapêuticas orientadas para o público feminino, visando à ampliação de recursos para mulheres. O projeto terapêutico articulado em rede e focado nas necessidades femininas pode fortalecer vínculos e propiciar uma atenção singularizada e acolhedora.

**Palavras-chave:** mulheres; saúde mental; drogas; tratamento; centro de atenção psicossocial.

#### Abstract

This study aims at discussing the Singular Therapeutic Project from the analysis of medical records of women treated at a Center of Psychosocial Attention Alcohol and Drugs. A survey was conducted in the medical records of 27 women attending the service. The results led to three main categories: sociodemographic and consumption characteristics; treatment process; and the theme of the networks articulated to the building of the therapeutic project. Despite the diversity of actions and networks used, this survey highlights the need to expand therapeutic offers targeting the female public, aimed at expanding resources for women. The therapeutic project articulated in network and focused on women's needs can strengthen ties and provide a singularized and warm attention.

**Keywords:** women; mental health; drugs; treatment; center of psychosocial attention.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória), Brasil

Este artigo decorre da tese de doutorado defendida pela autora principal e aborda o consumo de substâncias psicoativas por mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), dispositivo da desinstitucionalização que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPSs AD III são serviços de base comunitária que devem permanecer abertos 24 horas e destinar suas ações "(...) a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas." (Brasil, 2012, s/p).

Durante décadas, a dependência de substâncias psicoativas pelas mulheres foi avaliada como mais grave do que a dependência pela população masculina, pelo fato de as mulheres criarem menos vínculos e possuírem menor possibilidade de evolução e prognóstico do que os homens. Esses fatores, entre outros, contribuíram para uma limitação de estudos a respeito de mulheres nessa situação, cuja consequência principal foi a ênfase nos padrões de uso de substâncias psicoativas pelos homens como normatização

para a compreensão dos problemas apresentados pelas mulheres (Wolle & Zilberman, 2011).

Para Tuchman (2010), uma das razões apontadas para explicar essa escassez de pesquisas é a menor prevalência da dependência de substâncias psicoativas entre as mulheres, em comparação aos homens. Assim, a lacuna nas pesquisas pode estar relacionada, dentre inúmeros fatores, à pequena procura das mulheres por tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Porém, Green, Polen, Dickinson, Lynch e Bennett (2002) já alertaram sobre essa pequena procura, que, contraditoriamente, difere do hábito feminino de procurar com mais frequência os serviços de saúde do que os homens.

A dificuldade da procura de tratamento pelas mulheres também pode ser explicada pelas múltiplas barreiras com que elas se defrontam para ter acesso ao tratamento, que consistem em dificuldades financeiras, bem como naquelas relacionadas à condição feminina, por exemplo, a responsabilidade sobre o cuidado dos filhos, a falta de disponibilidade de al-

guém com quem deixar os filhos e o temor de perder sua guarda, caso admitam o problema, além de pouco apoio do meio ao qual pertencem. Além disso, a ausência de atendimento específico para mulheres pode ser igualmente entendida como consequência do des-caso ou do constrangimento familiar ocasionado pelo abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Esses fatores podem explicar o fato de as mulheres não colaborarem com pesquisas e não procurarem espaços de tratamento especializados (Cesar, 2006; Green, 2006; Wolle & Zilberman; 2011).

Outro aspecto significativo para a quase inexistência de programas exclusivos para mulheres, segundo Brasileiro e Hochgraf (2006), se refere tanto ao estigma social da mulher usuária de drogas, quanto à incipiência da capacitação de equipes da atenção básica de saúde com vistas ao estabelecimento de um diagnóstico apropriado para as diversas queixas relacionadas à saúde física.

O aumento do uso de drogas por mulheres, cuja constatação é cada vez mais alarmante nos levantamentos epidemiológicos nacionais (CEBRID, 2006; Laranjeira et al., 2014) e internacionais (UNODC, 2004; WHO, 2014), indica que o público feminino também está demarcado pelos valores da contemporaneidade, e, por sua vez, procura formas de relacionamento com a produção do sofrimento e as incertezas do momento, sentidos para a compreensão da angústia, da solidão e da insatisfação da existência.

É possível afirmar que a dependência feminina foi um fenômeno escondido na maioria dos países (UNODCCP, 2002), apesar de os dados epidemiológicos, tanto no Brasil (CEBRID, 2006; Laranjeira et al., 2014) quanto no mundo (UNODC, 2004; WHO, 2014), evidenciarem predominância masculina no uso nocivo e dependente da maioria das substâncias psicoativas, com exceção, em alguns países, de medicamentos como os benzodiazepínicos. Assim, mesmo que os dados epidemiológicos internacionais mostrem que as mulheres têm menor probabilidade de consumir drogas ilícitas que os homens, elas tendem a usar mais medicamentos, por exemplo, os benzodiazepínicos (UNODC, 2004).

No Brasil, merecem destaque os dados apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, que apontou que as mulheres estão bebendo mais e na forma de *binge*, ou seja, ingerindo quatro unidades ou mais de bebida alcoólica a cada duas horas, enquanto os homens ingerem cinco unidades ou mais nesse mesmo período. E mais: as mulheres, notadamente as mais jovens, são a população em maior

risco, com maiores índices de aumento do consumo de álcool entre 2006 e 2012, e que bebem de forma mais nociva (Laranjeira et al., 2014).

Segundo Souza, Oliveira e Nascimento (2014), o enfrentamento do fenômeno das drogas, principalmente no que se refere à população feminina, extrapola as dimensões biomédicas, determinando que os profissionais compreendam o processo saúde/doença de forma mais ampla, abrangendo as especificidades femininas na qualidade de sujeitos sociais. O tema é atual e relevante, o que demanda um olhar atento às peculiaridades e necessidades da mulher usuária de droga ao chegar a um serviço de saúde, que é construído historicamente com base na vertente *masculinizada* da atenção, oferecendo, muitas vezes, terapêuticas e atividades desvinculadas das necessidades femininas. Desse modo, a atenção adequada às mulheres usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde implica necessariamente na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que considere as necessidades femininas, aspectos que podem garantir o acolhimento, o vínculo da mulher com o serviço e a continuação do seu processo de tratamento.

### Projeto Terapêutico Singular: aspectos gerais

O conceito de PTS emerge junto com a história de vida do Sistema Único de Saúde (SUS), do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica, referindo-se a um dispositivo de integração e organização das equipes de profissionais da saúde mediante a realização de um plano de cuidado que engloba atividades terapêuticas de tratamento, de reabilitação e de reinserção social. Assim, mais do que um projeto de tratamento, ele representa um projeto de vida na direção da cidadania (Nóbrega & Oliveira, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o PTS pode ser construído para grupos ou famílias, e não só para indivíduos, tendo como ponto central de articulação a singularidade, a diferença. Em geral, o PTS tem sido desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental visando uma atuação integrada da equipe, com a valorização de aspectos para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Nesse sentido, um dos objetivos do PTS repousa na compreensão do sujeito que demanda cuidado em saúde e, portanto, na definição de propostas de ações terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Para isso, também pode ser utilizada a estratégia de apoio matricial (Brasil, 2007).

O PTS se refere, na atenção psicossocial, a uma ferramenta clínica que visa traçar uma estratégia de intervenção para o usuário de acordo com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, com ampla discussão sobre o problema a ser enfrentado e com o envolvimento de diversos atores no processo de cuidado. Dessa forma, constituem-se elementos essenciais a participação do usuário na formulação do seu PTS, a implicação da família, bem como a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para a realização e avaliação do processo (Onocko-Campos & Gama, 2008).

De acordo com o MS, operacionalmente, o PTS se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades; e reavaliação. O primeiro momento, o do diagnóstico, deve conter uma avaliação biopsicossocial que traga elementos sobre os riscos e a vulnerabilidade do usuário, ocasião em que se busca a compreensão de como o sujeito singular se coloca e faz sua produção de vida em relação às doenças, aos desejos, aos interesses, ao trabalho, à cultura, à família e à sua rede social. O segundo momento é o de definição de metas, com propostas feitas pela equipe do serviço para o usuário em curto, médio e longo prazo, negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver vínculo mais estreito com ele. Nesse arranjo terapêutico, o integrante da equipe que tem essa vinculação passa a ser o profissional de referência para o monitoramento e a avaliação desse projeto de atenção e cuidado. A função desse profissional é primordial para a constante avaliação desses projetos junto aos usuários, em consonância com as pontuações discutidas em reuniões de equipe do CAPS por todos os profissionais (Brasil, 2007).

O terceiro momento se refere à divisão de responsabilidades, no qual é de significativa importância a definição das tarefas de cada um com muita clareza. Finalmente, o quarto momento consiste na reavaliação do projeto, período em que se discute, tanto na reunião da equipe quanto com o usuário, a evolução do processo e as correções necessárias para que não se institucionalize os sujeitos, pois isso seria caminhar na contramão do que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira e, principalmente, porque o CAPS deve ser um lugar de passagem, e não de confinamento e reclusão. A construção do PTS deve, sobretudo, estar em consonância com a situação biopsicossocial, a vulnerabilidade e o risco de dano social do usuário, de modo a proporcionar ofertas terapêuticas que façam sentido para esses

sujeitos. Entretanto, em um CAPS AD III, o PTS é construído mediante inúmeras ações, como ofertas terapêuticas de atendimento individual e em grupo; oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades de integração na comunidade; acolhimento noturno para intervenções em situações de crise e, também, repouso e/ou observação; e estratégias de redução de danos dentro e fora do serviço, em articulação com profissionais da atenção básica (Brasil, 2002, 2007, 2012).

Afirma-se, nesse sentido, que o planejamento dos processos terapêuticos em alguns serviços de atenção psicossocial precisa ir além da intervenção nos momentos de crise, dirigindo-se à continuidade da vida do usuário e representando um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Diante de uma relação de uso abusivo ou dependente de substância psicoativa que acarreta danos físicos ou psicológicos, incluindo o comprometimento do julgamento (OMS, 1993), o PTS, como ferramenta clínica e, ao mesmo tempo, plano de cuidado de vida para usuários, pode oportunizar uma “fissura”, no sentido de brecha, em uma relação de certeza presentificada pela droga, único sentido na vida de algumas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas de forma dependente.

Essa “fissura”, no sentido monolítico e único, mediante um equipamento de saúde mental e um plano de cuidados, pode ser agenciadora de mudanças e do estabelecimento de mais redes na vida e de mais dependências, conforme relata Kinoshita (2001): “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida” (p. 57).

Esses aspectos evidenciam a necessidade da produção de conhecimento no contexto da atenção ao uso abusivo ou dependente de álcool e de outras drogas por mulheres. Desse modo, objetivamos debater o PTS de usuárias de um CAPS AD III a partir da análise de seus prontuários.

## Método

Trata-se de uma pesquisa documental de caráter exploratório e de natureza qualitativa (Minao, 2012), em que serão apresentados os resultados

de um levantamento realizado nos prontuários de 27 participantes em acompanhamento no Grupo de Mulheres. Essa atividade terapêutica foi realizada em um CAPS AD III de uma cidade da região sudeste do Brasil, entre novembro de 2012 e julho de 2013. De acordo com Böing e Crepaldi (2010), a pesquisa documental “(...) consiste na seleção criteriosa de documentos e de técnicas de organização, de classificação do material e de elaboração de categorias de análise, sendo todo o processo orientado pelo problema de pesquisa proposto” (p. 639). Nesse sentido, os prontuários analisados neste estudo são decorrentes do atendimento às mulheres que participaram de forma voluntária do grupo.

A autora principal deste artigo é profissional do CAPS AD III em questão e foi a responsável pela condução do grupo com as mulheres, em parceria com outra profissional do serviço, motivo pelo qual esse local foi escolhido para a realização da pesquisa. Desse modo, a atividade denominada “Grupo das Mulheres” esteve associada à pesquisa clínica, com enfoque teórico do campo das psicoterapias corporais de base reichiana (Reich, 2001) e neorreichiana (Lowen, 1982; Boyesen, 1986; Boadella, 1992).

A coleta de dados foi realizada tanto nos prontuários físicos quanto nos prontuários eletrônicos das mulheres atendidas no grupo. As informações foram recolhidas por meio de um protocolo denominado “ficha do participante”, que teve a finalidade de levantar os dados de identificação e socioeconômicos, o histórico do consumo de drogas e a inserção no CAPS AD mediante o PTS realizado (acesso, acolhimento, atividades terapêuticas individuais e grupais, uso de medicação, participação familiar, encaminhamentos do serviço para outros dispositivos e tipos de intervenção fora do espaço de tratamento).

Os dados foram analisados com auxílio da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2012), modalidade que consiste em pré-análise, com a leitura exaustiva de todo o volume de informações; exploração do material, com os recortes de elementos principais do texto; e interpretação, com a criação de categorias temáticas. Os prontuários das mulheres atendidas foram lidos na íntegra, extraindo-se as informações referentes aos itens destacados, como os dados socioeconômicos, o histórico de consumo e a inserção no serviço. A seguir, foram reunidos os dados de todas as mulheres, obtendo suas características gerais. Nessa etapa foram constituídas três categorias temáticas que serão abordadas abaixo, nos Resultados.

## Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir de três categorias principais: características sociodemográficas das mulheres atendidas no CAPS AD III; debate do PTS de acordo com as informações presentes e analisadas nos prontuários das mulheres atendidas; e, finalmente, a temática das redes a partir das informações contidas no PTS dos prontuários.

### Características sociodemográficas e do consumo de drogas

Neste tópico, serão apresentadas e discutidas as características comuns aos prontuários das mulheres participantes do grupo, principalmente no que se refere ao aspecto sociodemográfico e ao consumo de substâncias psicoativas. Ao chegarem ao serviço, as mulheres estavam numa faixa etária entre 18 e 60 anos, com média de idade de 34 anos e eram provenientes de todas as seis regiões de saúde do município, com predominância de umas das regiões. Em relação à média de idade, Capistrano et al. (2013) pesquisaram perfil sociodemográfico de dependentes químicos em tratamento e verificaram que a idade média foi de 35 anos, bem próximo à das participantes deste estudo. No entanto, Cesar (2006), em estudo sobre alcoolismo feminino, observou que a idade das mulheres variava de 40 a 52 anos. Além disso, Monteiro et al. (2011) e Quinderé e Tófoli (2007) realizaram estudo em CAPS AD e relataram que a idade média dos usuários girou em torno de 22 anos, assim como variou entre 20 e 39 anos, respectivamente, informações que se distanciam dos resultados deste estudo. Contudo, é preciso ressaltar que esse distanciamento pode estar relacionado a diferenças regionais e culturais.

O ensino fundamental incompleto foi o nível de escolaridade predominante em metade das participantes, sendo o desemprego uma informação presente em 22 dos 27 prontuários de nosso estudo. Esses dados se aproximam dos resultados encontrados na pesquisa de Capistrano et al. (2013), que mostram que a maior parte dos pacientes estudou até o ensino fundamental, demonstrando baixo grau de escolaridade, o que foi evidenciado, de acordo com o autor, por outros estudos. Além disso, o autor ressalta que boa parte deles estava desempregada e outra parte não possuía vínculo trabalhista formal. Contudo, essas informações se distanciam dos resultados encontrados por Cesar (2006), que identificou um perfil

socioeconômico diferenciado entre participantes de sua pesquisa com mulheres alcoolistas. Por sua vez, Monteiro et al. (2011) relatam que a maioria dos participantes de sua pesquisa em um CAPS AD estava empregada e possuía ensino fundamental, de forma semelhante ao que observaram Quinderé e Tófoli (2007) em pesquisa com essa população. Segundo eles, apesar de uma parte dos usuários de CAPS AD ter declarado estar desempregada, outra parte se encontrava trabalhando.

Na análise dos prontuários levantados, observamos que a maior parte das participantes se declarou solteira. Apesar disso, a condição da maternidade abrangia quase todas as participantes, e a perda da guarda dos filhos impôs-se a duas mulheres por intervenção do Conselho Tutelar, em função do consumo de drogas. Das 27 mulheres, 4 passaram pela situação prisional por tráfico de cocaína ou outro tipo de criminalidade. Esse dado se contrapõe ao Relatório Mundial sobre Drogas, que destaca que o maior percentual de mulheres presas ou suspeitas está ligado a crimes que envolvem o comércio ilegal de sedativos e tranquilizantes. Contudo, esse dado corrobora as tendências da atual população carcerária feminina no Brasil, representando cerca de 7% de mulheres, o que corresponde a quase 36 mil presas, sendo a maioria das prisões relacionada ao tráfico de drogas (UNODC, 2014).

Quanto ao consumo de drogas, observamos que, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), das 27 mulheres, 7 eram dependentes de uma única substância psicoativa; 3 consumiam álcool; 1 usava maconha; 2 inalavam cocaína; e 1 consumia *crack*. No entanto, entre as outras 20 mulheres, verificamos o múltiplo uso: três combinavam álcool, maconha e *crack*; quatro usavam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável e *crack*; duas consumiam álcool, maconha, cocaína inalada e injetável; duas associavam álcool, cocaína inalada e *crack*; três usavam álcool, maconha e cocaína inalada; duas usavam cocaína inalada e *crack*; três consumiam maconha, cocaína inalada e *crack*; e uma mulher combinava maconha e cocaína inalada. Esse quadro demonstra a tendência, observada pelo Relatório Mundial sobre Drogas (WHO, 2014), de que, apesar da peculiaridade de cada região do mundo com relação a drogas específicas, o policonsumo, isto é, o uso de duas ou mais substâncias ao mesmo tempo ou sequencialmente, continua preocupante, tanto para a saúde pública quanto para o controle de drogas. As mulheres deste estudo reafirmam essa tendência,

exceto por seis delas, que fizeram uso de apenas uma substância. O consumo de *crack* já faz parte da vida dessas mulheres, acarretando muitos prejuízos não somente à mulher, mas também a quem está à sua volta e depende dela como mãe, cuidadora e trabalhadora. Esse consumo interfere substancialmente na maternidade, com o “confisco” dos filhos em abrigos. No caso do nosso estudo, isso ocorreu com duas mulheres.

Em relação ao uso combinado de substâncias, Capistrano et al. (2013) relatam que a maioria das participantes de seu estudo consumia mais de uma droga, sendo as mais comuns o álcool e o tabaco. Tais informações se aproximam dos resultados encontrados por Monteiro et al. (2011), que mostram que metade dos participantes afirmou ingerir bebida alcoólica diariamente, dos quais um terço também declarou usar maconha. Por sua vez, Quinderé e Tófoli (2007) não apontam diretamente em seu estudo o uso combinado, mas afirmam que quase todos os indivíduos consomem álcool e metade deles usa tabaco. Outras substâncias também se destacaram na trajetória de uso dessas mulheres, como ácido lisérgico, consumido por uma delas; solventes, por três mulheres; tabaco, por metade das participantes; e heroína, por uma mulher.

Vale ressaltar que a idade mínima para o início do consumo de tabaco foi de 10 anos e a máxima, de 57 anos. Essa precocidade confirma os dados já fornecidos pelas pesquisas e estudos nacionais, que revelam que as primeiras experimentações de drogas acontecem em torno dos 10 anos de idade, enquanto os dados internacionais referenciam a ocorrência das primeiras experiências entre os 12 e 15 anos. Esse aspecto também é verificado pelos estudos brasileiros com estudantes de 1º e 2º graus de dez capitais brasileiras, nas quais se detectou o crescimento do consumo de álcool entre jovens e, particularmente, por parte de crianças em situação de rua, o uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas, bem como o aumento no uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína (Schuckit, 1991; Galduróz, Noto & Carlini, 1997; CEBRID, 2002, 2006).

O uso de drogas e o início da vida sexual ocorrem, em média, aos 13 anos, coincidindo com o início precoce da ingestão de bebidas alcoólicas. Por sua vez, o estudo do MS e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), em junho de 2002, verificou que, de 632 crianças e adolescentes entre 10 e 13 anos, 23,0% já haviam usado alguma droga, enquanto 0,8% já tinham compartilhado seringa ou agulhas (CEBRID, 2002; Brasil, 2007).

O tempo do uso de álcool pelas mulheres variou entre 2 e 35 anos. Internações por consumo de álcool e outras drogas anteriores à chegada ao serviço foi uma realidade para oito mulheres, em estabelecimentos como hospital psiquiátrico, o Hospital da Polícia Militar (HPM), com projeto/internação para usuários de drogas, comunidades terapêuticas e CAPS AD de outros estados brasileiros.

### **As mulheres e os Projetos Terapêuticos Singulares no CAPS AD III**

Em relação à análise dos PTS, verificamos que o acesso ao serviço aconteceu de diferentes formas para as mulheres. Para duas delas, o acesso foi voluntário; para outras duas, ocorreu por indicação da família; e para uma, por referência dos amigos. Das 27 mulheres, 17 chegaram por indicação de serviços municipais, 14 pelos serviços de saúde e 3 pelos serviços da assistência social. Quatro mulheres foram encaminhadas a partir de serviços estaduais: três delas pelos serviços de saúde e uma pela Justiça. Por fim, observamos que uma mulher foi encaminhada por um órgão não governamental.

A maior parte dos encaminhamentos, portanto, ocorreu por meio de serviços de saúde, de modo semelhante ao que Quinderé e Tófoli (2007) observaram em estudo realizado em CAPS AD. Segundo eles, parte considerável dos encaminhamentos analisados na pesquisa foi realizada pelo hospital geral, enquanto outra parte foi executada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, os autores relatam que uma parcela dos encaminhamentos se deu por demanda espontânea, distanciando-se, portanto, dos resultados aqui encontrados. Entretanto, é importante ressaltar que a rede não deve ser constituída somente por encaminhamentos, mas pelo acompanhamento contínuo dos casos, entre outras ações intersetoriais. A procura da rede de serviços por essas mulheres parece evidenciar as diferenças e singularidades de cada ponto de atenção da RAPS, pulsando essa rede na direção de uma integração para o cuidado. Assim, evidencia-se e fortalece-se o trabalho em rede na atenção ao usuário de drogas e de apoio matricial prestado pelo CAPS AD. Com isso, a RAPS se movimenta nas polaridades Atenção Básica, CAPS AD e emergência, dentre outras, sem fixação num dos pontos, seguindo na polaridade adequada ao cuidado, na singularidade necessária (ponto da rede), no momento propício.

Quando necessário, estabelece-se o PTS em ressonância com esses pontos de atenção, já que a rede

não é algo fixo: é nômade, andante, construída de acordo com a singularidade do caso clínico. A rede interna, isto é, do próprio serviço, precisa se articular com a rede externa — processo chamado de “interseccionalidade”. A eficácia da rede se baseia na afirmação das diferenças e da potência da singularidade de cada serviço. Assim, sem que esses fios se enredem, não há como resolver todas as questões trazidas pelos sujeitos num só espaço. E esse é o caos que vivemos atualmente: confunde-se espaço de tratamento com alojamento, contrariando toda a ética da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo porque essa reforma ainda se constrói a cada momento no trabalho cotidiano (Torres, 2002; Amarante, 2007). Esses encaminhamentos confirmam o CAPS AD III como serviço nessa atenção no município. Além disso, eles reiteram uma rede de cuidado em movimento e diálogo, de acordo com o que preconiza a organização da RAPS, ou seja, a acessibilidade em diferentes pontos de atenção da rede e o acolhimento (Brasil, 2012).

O acolhimento foi individual para 11 mulheres e grupal para 16 mulheres, o que indica a não fixação do procedimento de acolhimento somente num dos polos, seja ele individual ou grupal, demonstrando a flexibilidade do processo de acolhimento para essa atenção. Isso é importante, pois, muitas vezes, nem todas as usuárias se sentem confortáveis em compartilhar as histórias num processo grupal, garantindo-se, com a estratégia individual, que a mulher tenha acesso ao serviço e, principalmente, compartilhe o sofrimento que a moveu a procurar ajuda e cuidado. Nesse sentido, Brasiliano (2003) relata que o acolhimento de mulheres representa a ultrapassagem dos entraves para a chegada ao tratamento, devendo-se valorizar essa chegada e ouvir suas queixas para a construção de um PTS adequado às suas necessidades.

O MS estabelece que o CAPS deve estar capacitado para o acompanhamento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com o quadro clínico, de modo que o intensivo remete a um acompanhamento diário e o não intensivo ocorre com menor frequência (Brasil, 2002). Verificamos em nosso estudo que a modalidade intensiva esteve referenciada para o tratamento de 20 mulheres, enquanto o caráter semi-intensivo esteve referenciado para 7 mulheres. Não encontramos PTS referenciado na modalidade não intensiva. A modalidade intensiva de tratamento se refere à indicação para os sujeitos clinicamente debilitados, em uma vinculação de dependência da substância e perda de relações de trabalho, sociais e familiares pelo consumo das drogas. Mais da

metade das participantes inscreviam-se nessa modalidade, necessitando de trabalho diário.

De acordo com a análise dos prontuários, observamos que o acolhimento noturno com permanência 24 horas do CAPS AD III foi iniciado em dezembro de 2011, e que, das 27 mulheres, 15 receberam essa modalidade de atenção. O tempo de permanência variou de 3 a 17 dias, sendo que, dessas mulheres, uma vivenciou essa modalidade por três vezes, enquanto outra vivenciou duas entradas nessa permanência. As demais mulheres usufruíram dessa modalidade somente uma vez. Esse dado parece indicar a singularidade do processo do cuidado de si de cada mulher nessa atenção psicossocial, expressa pela variação no tempo de permanência na modalidade do acolhimento noturno. A necessidade do retorno a essa modalidade reflete a dinâmica da clínica da atenção ao álcool e de outras substâncias psicoativas, com seus altos e baixos, exposição a episódios de risco e vulnerabilidades, indicadores de possíveis recaídas. Além disso, a menor quantidade de dias (três) de acolhimento noturno decorreu do fato de a mulher não suportar a permanência, embora tivesse a indicação clínica e psicossocial para tal, pois era usuária de *crack* e se encontrava em situação de rua, estando, portanto, em situação de risco e vulnerabilidade social.

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

No que se refere às especificidades, o Serviço Social contemplou o atendimento para 26 das 27 mulheres atendidas; a Psiquiatria, para 25 mulheres; a Enfermagem (nível superior), para 20 mulheres; a Clínica Médica, para 18 mulheres; a Psicologia, para 15 mulheres; o serviço do Profissional de Referência, para 12 mulheres; o trabalho de Plantão Interno, para 11 mulheres; o trabalho do Auxiliar de Enfermagem, para 8 mulheres; o serviço do Técnico de Enfermagem, para 4 mulheres; a Avaliação Física, para 2 mulheres; a Visita Domiciliar, para 2 mulheres; a Terapia Ocupacional e Visita Hospitalar, para 1 mulher. Essa constatação parece indicar a singularidade do PTS de cada mulher e a atenção às suas necessidades específicas no processo de cuidado de si.

Entretanto, chama a atenção nesse dado de atividades individuais que o Profissional de Referência conste somente para 12 mulheres, já que se trata de um acompanhamento necessário e fundamental para a condução e a avaliação do PTS, condição básica para sua execução (Brasil, 2004). O fato de mais da metade das mulheres aparecerem sem essa referência indica a ausência do acompanhamento e da avaliação sistemática e regular com o usuário sobre o seu processo de cuidado de si, favorecendo possivelmente a cronificação desse sujeito na instituição, aspecto fortemente combatido pela reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 2007).

Observamos uma diversidade de ofertas terapêuticas, verificando também atividades novas, algumas que desaparecem e outras sazonais. Notamos maior participação na Oficina de Arteterapia, que contemplou 24 mulheres, seguida do Grupo de Geração de Renda, com 20 mulheres, do Grupo Vivencial e da Oficina de Música e Cultura, ambos com 19 mulheres. Em seguida, aparecem Letramento, Poesia e Literatura, todos com 18 mulheres, o Grupo de Bom Dia, com 17 mulheres, a Oficina de Policultura e a Oficina de Cidadania, ambas com 14 mulheres, e, finalmente, a Oficina de Leitura de Jornal, com 12 mulheres. Essas informações, que demonstram a diversidade de ações e atividades desenvolvidas no CAPS AD III, vão ao encontro do que preconiza o MS (Brasil, 2002, 2007, 2003, 2004, 2011, 2012).

No que se refere especificamente ao Grupo de Mulheres, encontramos nos prontuários registros de participação desde 2007, tendo como ponto de corte o mês de julho de 2013, quando encerramos a coleta de dados. Assim, observamos que essa participação sofreu flutuações temporais, com uma mulher indo e voltando ao serviço e a esse dispositivo terapêutico por dois anos consecutivos, com espaço de quatro anos para o retorno à atividade. Uma mulher participou por dois anos consecutivos e se ausentou por mais dois, até o retorno. Para cinco mulheres, verificamos a participação por três anos consecutivos. Observamos ainda a participação de três mulheres por dois anos consecutivos e, no ano de 2013, a participação de 13 mulheres.

Esses dados demonstram que o cuidado especificamente da mulher que constituiu a primeira participante do grupo, desde 2007, já vem de longa data, uma vez que o primeiro acolhimento na instituição foi registrado em outubro de 2004, com evasões do processo de tratamento, e, conseqüentemente, do cuidado de si. Vale ressaltar que essa mulher — to-

mada aqui como exemplo — continuava no serviço em 2013. Essas informações indicam a necessidade de insistir nesse cuidado e na diversidade de ações propostas na construção do PTS.

Essa constatação sinaliza também a necessidade de investimento emocional no cuidado dessa problemática em uma instituição de saúde. Os momentos de distanciamento do serviço dessa usuária em particular, por exemplo, demonstram que o cuidado de si é caracterizado por idas e vindas, desenvolvendo-se em momentos diferentes da vida. Isso requer que a instituição atente para a não cronificação dos processos de cuidado num CAPS AD, pois isso representaria seguir um rumo na contramão da reforma psiquiátrica brasileira, que preconiza a desinstitucionalização dos processos de cuidado (Amarante, 2007; Brasil, 2012).

A demarcação temporal da existência e da participação das mulheres, considerando-se a criação desse espaço, em 1998, e o momento da chegada ao serviço da mulher tomada como exemplo, atesta a efetividade dessa terapêutica específica para mulheres, atividade sustentável desde a origem. Esse dado corrobora a importância de um espaço específico para mulheres, conforme ressaltado por Ribeiro (2009), Brasiliano (2003), Zilberman (2003) e Brasiliano e Hochgraf (1999), e Wolle e Zilberman (2011). Embora essa participação oscile em alguns momentos, demonstrando afastamento do serviço e, talvez, queda da qualidade de cuidado de si, o dispositivo perdura e é referência para outras mulheres que chegam ou retornam à instituição. A participação das mulheres, embora flutuante, demonstra a fecundidade e a perenidade desse grupo.

Por fim, um último dado a ser ressaltado no que tange à análise do PTS das mulheres atendidas, a medicação psicotrópica foi um elemento significativo para o processo de tratamento das 27 mulheres. Assim, a medicação foi entendida como aliada para a passagem da síndrome de abstinência da substância, da ansiedade e da “fissura”, consolidando-se com esse dado a utilização da farmácia do CAPS AD III para a obtenção da medicação prescrita.

### O Projeto Terapêutico Singular e o uso das redes

O MS instituiu a RAPS com o objetivo de criar, ampliar e articular as ações de atenção à saúde. Assim, suas diretrizes preconizam a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território visando a inclusão social, a participação do

familiar, assim como, o “(...) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (Brasil, 2012, s/p), entre outras diretrizes.

Silva et al. (2012) destacam que a família oferece um importante suporte no cuidado do dependente de substâncias psicoativas, favorecendo a reinserção social e que, por isso, a abordagem familiar deve ser considerada como parte do tratamento. Em nosso estudo, observamos a participação familiar no tratamento como elemento aliado ao processo de cuidado, informação que esteve presente no prontuário de 20 mulheres. Salienta-se que não houve a presença conjunta de pai e mãe nessa participação, indicando que o comparecimento sempre fica ao encargo de um ou de outro. Ao permitir o acesso do familiar ao tratamento, possibilita-se uma mudança de posição em relação à mulher, numa postura de acolhimento, respeitados os limites necessários em toda relação.

Destacamos no processo do PTS a utilização de diversas redes pelas esferas municipais, estaduais e federais, de forma consoante com o que preconiza o MS (Brasil, 2012). Para a rede de saúde municipal, observamos que todas as mulheres utilizaram serviços municipais como Unidade de Saúde (US)/ Unidade de Saúde da Família (USF); 19 utilizaram o Pronto Atendimento; 7 utilizaram o Centro Municipal de Especialidades (CME); 2 chegaram ao CAPS AD por meio da intervenção do Consultório de Rua; 1 utilizou o serviço da Policlínica; 1, o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); 1, o Serviço de Atendimento à Vitima em Situação de Violência (SASV); 1, o CAPS II; e 1, o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT-DST/AIDS).

Quanto à rede municipal de assistência social, dez mulheres utilizaram os serviços do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para a obtenção de Bolsa Família e Cesta Básica; três mulheres recorreram à Hospedagem ou ao Abrigo Noturno; duas tiveram contato com o serviço de Abordagem de Rua; duas utilizaram o serviço do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP); uma utilizou os serviços do Centro de Atenção Dia (CAD); uma, o Centro de Convivência da Terceira Idade (CCTI); uma, o Centro de Referência da Juventude (CRJ); uma, o Centro de Convivência; e uma, o Centro POP.

Em relação à rede de serviços ligada à Secretaria de Esportes do Município, três mulheres foram



encaminhadas ao Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) para o trabalho físico na Academia Popular. Quanto à rede de saúde estadual, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acessado por uma mulher. O serviço da rede de educação estadual também foi acessado por uma mulher, e a rede de Justiça acessou quatro mulheres para encaminhamento ao serviço do CAPS AD III, em resposta a processos judiciais decorrentes de ações cometidas e da situação da perda de guarda dos filhos. Quanto à esfera federal, uma mulher utilizou os serviços do Hospital Universitário da cidade. Uma organização não governamental (ONG) relacionada à redução de danos também foi acessada por uma mulher.

O acesso à rede afirma a importância desses serviços para a utilização da população e para a interlocução desse cuidado em rede, principalmente para a potencialização do cuidado da mulher no que cada serviço pode ofertar, não se sobrepondo tarefas nesse cuidado e não se cobrando do outro o serviço que não seja de sua competência. Esse trabalho reafirma principalmente o que a Política de Álcool e Outras Drogas preconiza, ou seja, que o tratamento deve acontecer de forma intersetorial e em rede (Brasil, 2003, 2011).

A intersetorialidade constitui uma diretriz que exige articulações de grande complexidade. O fato de os encaminhamentos serem realizados, como observado neste estudo, não garante o bom funcionamento da rede de ações intersetoriais, da forma como preconiza o MS. Por isso, é necessário atentar para a realização de outros estudos que contemplem as lacunas aqui não englobadas.

### Considerações finais

Mesmo com a diversidade de ações e redes utilizadas pelas mulheres, este levantamento evidencia a necessidade da ampliação de ofertas terapêuticas orientadas para o público feminino, mediante a constatação da existência de somente duas ofertas terapêuticas específicas para mulheres, como o Grupo de Mulheres e o acolhimento noturno com três leitos femininos.

O PTS no cuidado em Saúde Mental, articulado ao trabalho em rede e focado nas necessidades femininas, representa um projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e redirecionar os sujeitos — em particular, as mulheres —, em um reposicionamento de suas histórias de vida e de sofrimento psíquico, ao propiciar uma atenção singularizada e acolhedora. Esse projeto favorece, portanto, no âmbito do trata-

mento, a revisão e um reposicionamento de suas histórias de vida e, igualmente, da relação estabelecida com a substância psicoativa, reverberando e fazendo outras redes com outros setores da vida na direção da reinserção e reabilitação social.

Considerando-se toda a complexidade relacionada ao uso de drogas, conforme relata o MS (Brasil, 2003), o PTS pode favorecer a transição das queixas iniciais do indivíduo a si próprio, à família e à sociedade para a implicação no tratamento, visando à responsabilização dessas mulheres num projeto pessoal de tratamento para a própria autonomia, a melhoria da qualidade de vida e a cidadania.

### Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Boadella, D. (1992). *Correntes da vida: uma introdução à biossíntese*. São Paulo: Summus.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Boyesen, G. (1986). *Entre psique e soma: introdução à psicologia biodinâmica*. São Paulo: Summus.
- Brasil. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 08/07/2015.

- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteiras\\_reforma\\_psiquiatrica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatrica.pdf). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2012). *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 09 jul. 2015.
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres drogadictas: o que há de feminino? (pp. 199-205). In: M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.). *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Brasiliano S., & Hochgraf, P. B. (1999). Adesão de mulheres a um programa específico de tratamento, Álcool e Drogas. *Revista da Abeam*, 2(1), 43-49.
- Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006). A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 134-144.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Escola Anna Nery*, 17(2), 234-241.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Recuperado de: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em: 09 jul. 2015.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Recuperado de: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em: 09 jul. 2015.
- Cesar, B. A. L. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 208-211.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes dos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 130 p.
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(1), 55-62.
- Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of substance abuse treatment*. 23(4), 285-295.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial (2a. ed.). In: A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (55-59). São Paulo: Hucitec.
- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., & Mitsuhiko, S. S. (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – Relatório 2012*. São Paulo: INPAD/ UNIFESP.
- Laranjeira, R., Zaleski, M., & Ratto, L. (2004). Comorbidades Psiquiátricas: uma visão global. In: *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso* (pp. 7-11). São Paulo: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD).
- Lowen, A. (1982). *Bioenergética* (8a. ed.). São Paulo: Summus.
- Minayo, M. C. de S. (2012). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (11a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Escola Anna Nery*, 15(1), 90-95.
- Nóbrega, M. P. S., & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 816-823.

- Onocko-Campos, R., & Gama, C. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica. In: G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.). *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Coleção Saúde em Debate. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). CID 10. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). In: *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (cap. IV, pp. 311-388). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Quinderé, P. H. D., & Tófoli, L. F. (2007). Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, 6(2), 62-66.
- Reich, W. (2001). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ribeiro, D. V. A. (2009). *Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: estudo clínico-qualitativo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- Schuckit, M. A. (1991). *Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, B. L. C., Araújo, A. P., Carvalho, R. N., Azevedo, E. B., Moraes, M. N., & Queiroz, D. (2012). Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 14(4), 61-68.
- Souza, M. R. R., Oliveira, J. F., & Nascimento, E. R. (2014). A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 23(1), 92-100.
- Torres, I. M. A. (2002). O desafio em rede. In: *Cooperação Brasil-União Europeia. Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas* (111-122). Paris: Editions Scientifiques Acodess.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). (2002). *Global Illicit Drug Trends*. Recuperado de: [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2002-06-26\\_1/report\\_2002-06-26\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Vienna: United Nations Publication. Recuperado de: [http://www.unodc.org/pdf/india/womens\\_corner/substance\\_abuse\\_treat\\_care.pdf](http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/substance_abuse_treat_care.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). *World Drug Report 2014*. Vienna: United Nations Publication. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf). Acesso em: 20 set. 2016.
- Wolle, C. de C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed. p. 375-382.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. Geneva: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf). Acesso em: 10 jul. 2015.
- Zilberman, M. L. (2003). Uso de drogas entre mulheres. In: M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.). *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu* (pp. 175-186). Rio de Janeiro: EdUERJ.

**Endereço para correspondência:**

Scheila Silva Rasch  
 Universidade Federal do Espírito Santo  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
 Avenida Fernando Ferrari, 514 – Prédio Professor  
 Lídio de Souza – Campus Universitário de Goiabeiras  
 CEP: 29075-910 – Vitória/ES  
 E-mail: [scheilarasch@gmail.com](mailto:scheilarasch@gmail.com)

Recebido em 28/07/2015

Revisto em 07/10/2015

Aceito em 11/11/2015