

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Faculdade de Educação - FAGED

Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde -

Educa Saúde

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva - RIMSMC

**MARIAS FLORES: EXTRATOS DA VIVÊNCIA COTIDIANA NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSAD.**

Liana de Menezes Bolzan

PORTO ALEGRE

2013.

LIANA DE MENEZES BOLZAN

MARIAS FLORES: EXTRATOS DA VIVÊNCIA COTIDIANA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSAD.

Trabalho de conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Dra. Vanessa Maria Panozzo

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste trabalho e preceptora de núcleo Vanessa Maria Panozzo, pela dedicação, compreensão, acolhimento e escuta nos momentos de dificuldades encontrados durante a intensa trajetória nesta Residência. Tornando-se para mim um grande exemplo de profissional ética e competente, proporcionando aprendizagens e reflexões teórico praticas acerca do trabalho profissional do assistente social. Sua contribuição foi de grande valia para a concretização deste trabalho através da disponibilidade em esclarecer dúvidas e orientar, visando a qualidade do trabalho desenvolvido.

Às flores do meu jardim, Helô, Dani e Glau, com quem tive a imensa oportunidade de conhecer e construir um trabalho coletivo para além dos campos profissionais desta Residência, pois a amizade e companheirismo seguirão para nossas vidas.

Aos demais colegas Ariane, Renata, Laura, Izaquiel, Maiara e Vinicius, pelas trocas, parcerias e vivências.

À galera, companheira de lutas, por um SUS público, estatal e de qualidade, que participaram do Coletivo Gaúcho de Residentes e Fórum Nacional de Residentes em Saúde.

À minha grande amiga e também “residente-resiliente” Vanessa.

Ao meu companheiro de lutas e grande amigo Luizão.

Às colegas de núcleo Rose e Leslie, que contribuem pela qualificação deste espaço de trocas, de construção coletiva e problematização dos processos vivenciados no cotidiano.

Às amigas de longa data, Frydda, Roberta, Viviane, Bruna, Blaira, Hellen e Michelle.

Ao meu namorado Lucas, pela compreensão e paciência durante este processo. Como também pelo amor, carinho e amizade.

À minha família, que apesar da distância geográfica, sempre se fazem presentes através de suas preocupações, carinho e atenção. Principalmente as Marias da minha vida que são minha mãe e avó, pelo exemplo de mulheres fortes e batalhadoras que são.

Aos Tutores dos campos de prática, em especial, ao Laerte e Fran, pelo acompanhamento, disponibilidade e atenção.

Aos trabalhadores do SUS, pelo acolhimento nos serviços que fizeram parte do campo de prática profissional desta Residência.

Aos usuários, pela confiança no trabalho desenvolvido e em especial as Marias Flores, as quais foram as grandes motivadoras para o desenvolvimento deste trabalho.

A Cultura do Terror

A extorsão,
o insulto,
a ameaça,
o cascudo,
a bofetada,
a surra,
o açoite,
o quarto escuro,
a ducha gelada,
o jejum obrigatório,
a proibição de sair,
a proibição de dizer o que se pensa,
a proibição de fazer o que se sente,
e a humilhação pública

são métodos de penitência e tortura tradicionais na vida da família. Para castigo à desobediência e exemplo de liberdade, a tradição familiar perpetua uma cultura do terror que humilha a mulher, ensina os filhos a mentir e contagia tudo com a peste do medo.

- Os direitos humanos deveriam começar em casa – comenta comigo, no Chile,
Andrés Domínguez.

Eduardo Galeano

RESUMO

O presente trabalho apresenta um relato de experiência durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva através de extratos da vivência cotidiana em grupo de mulheres realizado num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSAD. Essa escrita também traz algumas considerações sobre a construção do conceito de gênero e suas representações sociais, uma breve contextualização com relação às políticas públicas para as mulheres no Brasil, políticas de atenção à saúde da mulher e o uso de drogas.

Palavras chaves: Gênero; Políticas Públicas; Grupo de Mulheres.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. BREVE RECONHECIMENTO DOS ASPECTOS DE GÊNERO.....	09
3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL.....	12
3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher.....	16
3.2 Considerações do Uso de Drogas e as Formas de Atendimento na Atualidade.....	19
4. A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM O GRUPO DE MULHERES.....	22
4.1 Histórias de Marias – O Grupo.....	23
5. CONSIDERAÇÕES.....	33
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

O relato de experiência que ora se apresenta pretende narrar extratos do cotidiano vivido por um grupo de mulheres num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Este trabalho se constituiu a partir das análises institucionais e das demandas do serviço, sendo coordenado pelo grupo de residentes das áreas do Serviço Social e artista visual.

Para situar, a residência multiprofissional se constitui como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço. A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS é composta por profissionais de diversas áreas como: assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros, pedagogos, educador físico e artistas. Os cenários de prática são os serviços substitutivos em saúde mental dos municípios de Porto Alegre, Viamão e Novo Hamburgo, tendo como campos de atuação os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II adulto, CAPSi (infantil), CAPSAD (álcool e drogas), Serviços Residenciais Terapêuticos e Projetos como Geração de Trabalho e Renda, Saúde Indígena, Casa do Cataventos, Insere e Educação Inclusiva.

A inserção em diversos cenários de prática possibilitaram ampliar o conhecimento em relação à saúde mental, refletindo e problematizando questões de como são implementadas as políticas de saúde nesses municípios. Temas como a intersetorialidade, a constituição da rede de serviços para a atenção aos usuários, como também o processo de trabalho em saúde e do profissional assistente social são conteúdos privilegiados dessa formação.

A trajetória como residente no CAPSAD iniciou-se em março de 2012, sendo este um dos cenários de prática dos serviços substitutivos em saúde mental da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Como proposta pedagógica de inserção nesse campo de prática é realizado um plano de ação que visou o planejamento da proposta de trabalho a ser desenvolvida durante a trajetória do residente nesse serviço.

Através da observação e análise cotidiana no CAPSAD, foram percebidas algumas das características que perpassam esse serviço, assim como, as

demandas dos usuários e da instituição. Com isso, foi construído o plano de ação, no qual uma das propostas a ser desenvolvida foi o grupo de mulheres.

O interesse pela realização desse grupo ocorreu através da percepção que o número de mulheres atendidas no serviço era inferior ao número de homens e que nas atividades realizadas no CAPSAD, como grupos e oficinas, são compostas, em sua maioria, por usuários homens, não havendo espaço específico para discussão e/ou atendimento das necessidades do universo feminino. A partir disso, surgiu o interesse de apropriar-se das questões que perpassam o universo feminino, as relações de gênero e o uso de substâncias psicoativas, que se configuram como um uso problemático causando sofrimento nessas pessoas.

Este trabalho parte de uma discussão inicial acerca do tema, compreendendo a sua complexidade, faz-se necessário aprofundar as questões aqui alavancadas. Para dar conta desta abordagem inicial, no primeiro capítulo há um breve reconhecimento dos aspectos de gênero, trazendo algumas características históricas e suas representações sociais, assim como, a construção do conceito de gênero.

A seguir serão abordadas algumas considerações acerca da história das políticas públicas para as mulheres no Brasil, realizando um resgate histórico das lutas e direitos conquistados a partir da constituição dos movimentos sociais e resistência a ditadura militar no país. Como também, as políticas públicas referentes à saúde da mulher a partir dos anos 1980. E como forma de aproximar-se da realidade vivida num CAPSAD, são realizadas algumas considerações sobre a representação social e políticas públicas sobre drogas no Brasil.

No último capítulo, será apresentada a experiência profissional vivenciada com o grupo de mulheres, trazendo o relato de algumas histórias e reflexões com base no cotidiano, vislumbrando os aspectos históricos da construção da identidade feminina e suas representações sociais.

2. BREVE RECONHECIMENTO DOS ASPECTOS DE GÊNERO

Ao longo da história, a subordinação das mulheres está fortemente vinculada ao aparecimento da propriedade privada e o sistema patriarcal¹. Minayo (2007) refere que:

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e do feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Na visão arraigada no patriarcalismo, o masculino é ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material. É assim porque tal concepção configura uma representação social solidificada e naturalizada por meio dos valores tradicionais de gênero. (MINAYO, 2007, p.11).

Nesse sentido, essa relação de desigualdade entre homens e mulheres se faz presente nas relações sociais pautadas no machismo, onde a figura do feminino tem caráter de submissão e subalternidade em relação ao masculino.

Com essa separação de relações, ocorre a divisão de classes da sociedade moderna: a divisão social entre homens e mulheres, onde os objetivos em comum eram a satisfação das necessidades, tanto naturais quanto sociais, buscando na divisão do trabalho a sustentação dos modos de produção (ENGELS 2002):

A divisão do trabalho, na qual estão dadas todas as contradições e que repousa, por seu turno, na divisão natural do trabalho na família e na superação da sociedade em diversas famílias que se opõem entre si, envolve ao mesmo tempo a distribuição e, com efeito, a distribuição desigual, quantitativa e qualitativamente, do trabalho como de seus produtos; isto é, envolve a propriedade, que já tem seu germe, sua primeira forma, na família em que a mulher e os filhos são escravos do marido. A escravidão na família, embora rudimentar e latente, é a primeira propriedade pela qual dispõe do poder de dispor da força de trabalho de outrem. (MARX e ENGELS, 2006, p. 59)

Desse modo, a mulher assumiu um papel secundário na divisão social do trabalho, pois possui menos força física para a execução de serviços considerados pesados, sendo atribuída a mulher atividades domésticas no lar e o cuidado com os filhos. De acordo com Carloto (2001):

¹ Hartmann (1979) define patriarcado como conjunto de relações sociais que tem uma base material e no qual há relações hierárquicas entre homens, e solidariedade entre eles, que os habilitam a controlar as mulheres. E que segundo Saffiotti (2004) é, pois, o sistema masculino de opressão das mulheres.

A tentativa de construir o ser mulher enquanto subordinado, ou melhor, como diz Saffioti (1992), como dominada-explorada, vai ter a marca da naturalização, do inquestionável, já que dado pela natureza. Todos os espaços de aprendizado, os processos de socialização vão reforçar os preconceitos e estereótipos dos gêneros como próprios de uma suposta natureza (feminina e masculina), apoiando-se sobretudo na determinação biológica. A diferença biológica vai se transformar em desigualdade social e tomar uma aparência de naturalidade. (CARLOTO, 2001, s/p.).

No desenvolvimento da sociedade moderna, as caracterizações dadas à mulher enquanto ser inferior foram absorvidos pelo imaginário social e naturalizados ao longo da história. Em face a essa história de desigualdades, surge o movimento de mulheres feministas, que a partir do questionamento dessas desigualdades constitui o termo gênero na década de 1980 utilizado por feministas americanas e inglesas, que posteriormente passa a ser utilizado como uma categoria de análise das ciências sociais. (SCOTT, 1995).

Nessa mesma década a historiadora Joan Scott publicou um artigo científico² sobre gênero, tratando esse termo como uma categoria analítica, ilustrando a concepção de gênero como:

Uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Apesar do fato dos (as) pesquisadores (as) reconhecerem as relações entre o sexo e (o que os sociólogos da família chamaram) “os papéis sexuais”, estes (as) não colocam entre os dois uma relação simples ou direta. O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade. (SCOTT, 1995, p.7)

A partir dessa compreensão, o termo gênero torna-se um conceito que supera a abordagem biológica atribuída a homens e mulheres, constituindo-lhe um caráter mais abrangente, considerando as relações sociais existentes entre ambos os sexos.

Na compreensão de Saffioti (2004):

[...] gênero diz respeito às representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando inter-relacionadas. Ou seja, como pensar o masculino sem evocar o feminino? Parece impossível, mesmo quando se projeta uma

² Gênero: uma categoria de análise histórica, 1995.

sociedade não ideologizada por dicotomias, por oposições simples, mas em que masculino e feminino são apenas diferentes. (SAFFIOTI, 2004, p. 116).

No entanto, o termo gênero esta para além do binômio homem versus mulher, entrelaçados entre si, um não se constitui sem o outro, estando intrinsecamente construído nas relações sociais, entendendo que a sociedade também é composta por outras configurações de gênero como os travestis, transexuais, lésbicas e homossexuais. Nesse sentido, compreendendo gênero como uma representação social que se constitui como “imagem sobre o real” que conforme Minayo (1995):

As representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social.[...] Mas, além disso, as representações sociais possuem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade.(MINAYO, 1995, p.108).

Com isso, as representações sociais são formadas nas relações dos indivíduos com seu grupo social, onde a linguagem se torna o fio condutor dessas representações e utilizada pela sociedade para direcionar condutas, normas e comportamentos sociais.

A partir disso, pensar a questão de gênero perpassa pela análise das representações sociais que engendraram o comportamento social e criaram estereótipos para mulheres e homens ao longo da história da humanidade. Essas representações e a luta contra os estereótipos ligados as mulheres são elementos motivadores na construção de políticas públicas e garantia de direitos para as mulheres, que serão abordados no próximo capítulo.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL

Neste capítulo será enfatizado o resgate histórico das políticas públicas para as mulheres, suas lutas e os direitos conquistados no Brasil. A breve contextualização histórica será enfatizada a partir da constituição dos movimentos sociais no país, caracterizando a resistência da classe trabalhadora, como representação de denúncias vividas pela ditadura militar no cenário social, político e econômico.

Segundo BARSTED (1994), na década de 1970 surgiram grupos formados por mulheres feministas, vindas da classe média, geralmente com nível superior, inspiradas no feminismo europeu e norte-americano.

Assim, o movimento de mulheres no Brasil surge com uma dupla identidade: de um lado, fazia parte do movimento contra a ditadura, já que muitas de suas militantes pertenciam a grupos de resistência; de outro, apresentava-se como um ator social novo na luta pelo reconhecimento da condição da mulher enquanto problemática social (BARSTED, p.02, 1994).

A partir daí, desse movimento contra a ditadura que dá início a luta pela consolidação de direitos e engajamento político das mulheres, dando início ao Movimento Feminista pela Anistia e ao Clube de Mães.

Conforme BARSTED (1994) esses grupos tinham como objetivos:

O Movimento pela Anistia exigia o retorno e a liberdade de exilados e presos políticos punidos pelo regime militar; os Clubes de Mães lutavam por melhores condições de vida reivindicando transporte, educação, saneamento, saúde e habitação, resgatando uma tradição presente nos grupos de mulheres de décadas anteriores, como por exemplo, o Movimento de Mulheres Contra a Carestia. (BARSTED, 1994, p. 04).

No ano de 1979 ocorre em Nova York a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres, organizada pela ONU (Organização das Nações Unidas), onde resultou na elaboração de documento que compromete os Estados participantes, a promover e assegurar a igualdade entre homens e mulheres e eliminar a discriminação contra a mulher.

Outro avanço com relação aos direitos das mulheres foi a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, através da Lei nº7.353 de 29 de agosto de 1985, definido como um amplo campo de atuação interministerial, junto ao

movimento de mulheres, Poder Legislativo, Poder Judiciário, Governos Estaduais e mídia. (BARSTED, 1994). Conforme Montañó, Pitanguy e Lobo (2003):

A missão do Conselho foi definida como a de promover no âmbito nacional políticas para assegurar às mulheres condições de liberdade, igualdade de direitos e a plena participação. O CNDM estava ali para formular diretrizes, assessorar o Poder Executivo, acompanhando o Estado no nível federal estadual e municipal. Sugerir projetos de lei, fiscalizar e exigir o cumprimento da lei, promover intercâmbio e convênios com órgãos nacionais e internacionais, receber denúncias de discriminação e encaminhá-las aos órgãos competentes, manter canais com o movimento de mulheres e desenvolver programas e projetos apoiando o movimento autônomo de mulheres. (MONTAÑO, PITANGUY e LOBO, 2003, p.10)

Com isso, o movimento de mulheres foi se concretizando cada vez mais e ganhando espaço em suas lutas pela consolidação de seus direitos, no período de construção da Constituição de 1988, esse movimento elaborou a “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”. Para Barsted (1994) apud Piovesan:

A ação organizada do movimento de mulheres, no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre filhos, o reconhecimento de direitos reprodutivos, etc. (p.61).

Através da Lei nº 10.539 de setembro de 2002, é criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, na estrutura do Ministério da Justiça. E com a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, em seu artigo 22, estabelece as competências dessa Secretaria como:

Assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, bem como elaborar e implementar campanhas educativas e antidiscriminatórias de caráter nacional, elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas na promoção da igualdade, articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres, promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Gabinete, a Secretaria-Executiva e até 3 (três) Secretarias. (Redação dada pela Lei nº 12.314, de 2010)

No ano de 2004, esta Secretaria junto com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher promoveu a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, resultando na elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, onde foi discutido o documento “Natureza, princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia”. O Plano está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres. (BRASIL, 2004).

A II Conferência Nacional ocorreu em 2007 com o objetivo de avaliar a implementação do Plano Nacional de Políticas para Mulheres e discutir sua participação nos espaços de poder. A partir dessa Conferência se constituiu o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres reafirmando os princípios do plano anterior e ampliando o campo de atuação do governo nessa política, incluindo novas estratégias como: participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas. (BRASIL, 2007).

Em 2011 foi realizada a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tendo como temática “Autonomia das Mulheres e Igualdade”, sendo dividido em quatro eixos: autonomia econômica e social, autonomia cultural, autonomia pessoal e autonomia política.

Para o enfrentamento à violência contra as mulheres é promulgada a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que ampliou o direito e a proteção para as mulheres vítimas de violência.

No Estado do Rio Grande do Sul a Secretaria de Políticas para Mulheres – SPM – RS foi criada através da Lei nº. 13.601 de 1º de janeiro de 2011. Esta tem como missão “atuar nos programas de governo, visando à promoção dos direitos da

mulher para a eliminação das discriminações que as atingem, bem como à sua plena integração social, política, econômica e cultural”³.

Anteriormente a criação dessa Secretaria de Estado, havia a Coordenadoria Estadual da Mulher, que no ano de 2008 estabeleceu o Plano Estadual de Política para as Mulheres, denominado Plano RS Mulher em conjunto com a Secretaria de Planejamento e Gestão. Esse plano foi construído com base nas proposições da III Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres (realizada em 2007), tendo como foco na perspectiva da equidade de gênero pautado pelas diretrizes do Plano Nacional.

Os eixos estratégicos desse plano são autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não-sexista; enfrentamento à violência contra a mulher; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; mulheres nos espaços de poder; cultura, comunicação e mídia igualitária, democrática e não-discriminatória; acesso à terra e à moradia; desenvolvimento sustentável e gênero; enfrentamento a todas as formas de discriminação; monitoramento e acompanhamento do plano.

Através do decreto nº 47.868/2011, foi instituído o Comitê Gestor de Políticas de Gênero do RS, coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, integrado por representantes de cada secretaria do governo estadual, atuando com caráter transversal. Esse comitê tem como objetivo acompanhar e monitorar a execução do Plano Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres.

Essa Secretaria possui como programas “Mulheres Construindo Autonomia RS”, que visa a capacitação de mulheres para o mercado de trabalho, no campo e na cidade. O Programa "Prevenção e Enfrentamento à Violência Contra a Mulher" que pressupõe o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra a mulher em todas as regiões do Rio Grande do Sul. E ainda, o Programa "Cidadania e Efetivação de Direitos das Mulheres" que se refere a promoção da defesa dos direitos da mulher num diálogo entre o poder público e a sociedade gaúcha.

Junto a essa secretaria esta vinculada o Centro de Referência da Mulher do RS - Vânia Araújo Machado (CRM – RS), serviço que realiza acolhimento e assistência às mulheres vítimas de violência, através de atendimento multidisciplinar,

³ As informações foram obtidas através do endereço eletrônico, disponível em <http://www.sepm.rs.gov.br/>.

tendo o apoio de juizados e delegacias. Nesse centro, também possui a Escuta Lilás, que é uma central de atendimento à mulher, através de ligações gratuitas por 0800.

No ano de 2012 foi sancionada a Lei nº 13.947 que regulamentou o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do RS – CDM/RS, vinculado à Secretaria de Políticas para as Mulheres. Porém, esse conselho foi criado no ano de 1986 através do decreto nº 32.227 e passou por algumas alterações desde sua criação.

Os municípios do Estado do Rio Grande do Sul desenvolvem suas ações com relação a políticas para as mulheres com base nas diretrizes estabelecidas pelo governo do Estado.

No próximo item, particularmente, faremos um recorte das políticas de saúde da mulher, construídas a partir da década de 1980, para poder compor a discussão que se torna foco deste trabalho, no qual apresentaremos a intervenção como assistente social e residente num grupo de mulheres.

3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher

O movimento de mulheres iniciado na década de 70, do século passado, conforme relatado anteriormente, já havia como uma de suas pautas a saúde, discutindo questões como o conhecimento do corpo e a sexualidade. Nos anos 80, esse movimento amplia suas reivindicações e passa a lutar por demandas como o direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde entre outras questões. (SANTOS, 2005), esse autor refere que:

O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã. (SANTOS, 2005, p.5).

A partir disso, o Ministério da Saúde cria em 1993, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que surge como algo inovador na intervenção a saúde da mulher contemplando a perspectiva de integralidade da atenção.

Osis (1998, p.02) afirma que esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução.

A criação desse programa supera uma lógica fragmentária de atenção à saúde da mulher voltada apenas para as questões reprodutivas e passa a ter uma visão global de suas necessidades através da perspectiva da integralidade na atenção as mulheres, considerando também o enfoque de gênero.

No ano de 1984 as Secretarias Estaduais recebem um documento para nortear as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, que conforme Santos (2005) englobam:

O planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade. Nesse período, várias experiências alternativas foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento. (SANTOS, 2005, p.03).

Com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da Constituição de 1988, a saúde da mulher ganha atenção e o PAISM segue os princípios e diretrizes dessa política. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica:

A necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (BRASIL, 2004, p.19).

No ano posterior, o Ministério da Saúde lança o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, considerando as questões de gênero como um dos determinantes da saúde e importantes na formulação de políticas públicas. Referindo que:

É imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (BRASIL, 2011, p.13).

Essa política compreende que a partir das desigualdades de gênero pode-se desencadear outras desigualdades sociais e também discriminação de raça, orientação sexual, etnia, classe, idade, entre outras. Como também reconhece as lacunas referentes à atenção a saúde da mulher como climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 2011).

É a partir desses enfoques que foi construída essa política, visando superar as dificuldades e lacunas deixadas pelo PAISM. Dentro dessa proposta, há um item que aborda o trabalho em saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero. Mencionando que:

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa. (BRASIL, 2011, p. 45).

Possui como objetivos específicos e estratégias para essa atenção: melhorar a informação sobre as mulheres com transtornos mentais no SUS; qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres com transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com transtornos mentais. (BRASIL, 2011). Porém, ao analisar o documento, em relação às mulheres que fazem o uso de álcool e outras drogas, apenas traz dados referentes ao aumento no número de internações, mas não faz nenhuma menção de estratégia de cuidado para esta questão.

Problematizar as políticas públicas para mulheres e o uso de substâncias psicoativas, levando em consideração a transversalidades de gênero requer dar

ênfoque a um tema pouco discutido dentro desta política e também da política de saúde mental. Nesse sentido, compreender as peculiaridades do uso de drogas realizadas por mulheres visa dar ênfase a suas necessidades, propiciando uma reflexão e postura transformadora na atenção que é oferecida, tendo em vista que as particularidades do ser mulher e do ser homem muitas vezes não são compatíveis ao serem trabalhadas conjuntamente.

A seguir, propomos uma aproximação ao tema referente ao uso de drogas e algumas considerações com relação a sua representação social e as políticas públicas.

3.2 Considerações do Uso de Drogas e as Formas de Atendimento na Atualidade

Para adentrar num tema tão polêmico que é o uso de substâncias psicoativas configurando-se uma relação problemática que causa sofrimento nos indivíduos, é necessário superar certos clichês e paradigma manicomial ao qual são tratados muitos usuários dos serviços de saúde.

Conforme Nunes, Santos, Fischer e Guntzel (2010):

Historicamente o tratamento de pessoas que usam drogas esteve pautado na lógica da criminalização, da infração, permeada pela cultura judaico cristã que associa o prazer ao pecado e as intervenções sempre foram médico centrada, tendo o isolamento e a segregação por meio da internação como única possibilidade de intervenção. (NUNES, SANTOS, FISCHER E GUNTZEL, 2010, p.16).

Essa lógica ainda perpetua nos dias de hoje, onde a internação torna-se o único meio de tratamento possível para os indivíduos que fazem o uso de substâncias psicoativas, apesar dos avanços em termos de políticas públicas e legislação. Há a crença de se constituir uma sociedade sem drogas, mas o seu consumo sempre esteve atrelado a história da humanidade como salienta Nunes, Santos, Fischer e Guntzel (2010), esse uso se dá:

De diferentes formas e em diferentes contextos culturais e com diferentes funções, geralmente ligadas ao desejo do homem em buscar maneiras de alterar o estado de consciência e na ânsia de tentar dominar a mortalidade, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, intensificar os sentidos ou promover a interação em seu meio social, muitas vezes num desejo de “consertar” a realidade. (SANTOS, FISCHER E GUNTZEL, 2010, p. 17).

Compreendendo que o uso de drogas se configura como uma expressão da questão social, que pode ser entendida como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2003, p. 27).

Assim, o uso de drogas perpassa por questões relacionadas à pobreza, miséria, desemprego, exclusão social, violência, entre outros, atingindo não apenas indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade, mas todas as classes sociais, fruto das contradições da relação entre capital e trabalho.

Para o enfrentamento destas questões relacionadas ao uso de drogas existem as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, tendo como uma de suas estratégias a Redução de Danos, referindo que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, dando enfoque as singularidades dos indivíduos e respeitando as diferentes escolhas de vida.

Com a promulgação da Reforma Psiquiátrica através da lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redimensionando o modelo assistencial em saúde mental e a partir disso, foram criados novos dispositivos para a atenção e tratamento em saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com a Portaria/GM nº. 336, em 19 de fevereiro de 2002, dividindo-se nas seguintes modalidades desse serviço como: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e CAPSAD.

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles são referência para um território e devem oferecer espaço de acolhimento e convivência para usuários de AD que desenvolveram processos de ruptura de suas relações sociais. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (OLIVEIRA e SANTOS, 2004, p.81 apud Brasil).

Os CAPSAD se constituem como um dispositivo de relevada importância da reforma psiquiátrica para o tratamento de pessoas que fazem o uso problemático de substâncias psicoativas, operando como um meio socializador, propiciando tratamento em liberdade, utilizando a estratégia da redução de danos, sem impor a abstinência como foco do atendimento.

Apesar desse avanço de paradigma de tratamento em saúde mental, o uso de drogas ainda se estabelece como algo nebuloso para a reforma psiquiátrica, onde ainda permeia a lógica excludente e segregadora desses usuários, tendo como foco a internação em comunidades terapêuticas como forma de tratamento, utilizando o isolamento e a exclusão como cuidado permeado pela incessante busca pela abstinência do uso de substâncias psicoativas.

É necessário que a sociedade supere a lógica repressiva e segregadora ao lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, pois há diferentes formas de uso e padrões de consumo, nem sempre se constituindo como uma dependência, tornando-se imprescindível levarmos em consideração o contexto ao qual esses indivíduos estão inseridos e sua história de vida.

Com base nessas considerações é que foi se constituindo a construção cotidiana de um grupo de mulheres no CAPSAD, onde abordarei a seguir o relato desta experiência.

4. A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM O GRUPO DE MULHERES

“Maria, Maria
 É o som, é a cor, é o suor
 É a dose mais forte e lenta
 De uma gente que ri
 Quando deve chorar
 E não vive, apenas aguenta
 Mas é preciso ter força
 É preciso ter raça
 É preciso ter gana sempre
 Quem traz no corpo a marca
 Maria, Maria
 Mistura a dor e a alegria...”
 NASCIMENTO, Milton.

Inicio este percurso de relato com a música Maria, Maria de Milton Nascimento que me inspira para falar sobre as histórias de tantas Marias que conheci e acompanhei no grupo de mulheres. Mulheres marcadas pelo sofrimento, violência, perdas, solidão, medo, estigmas, uso de drogas, entre outras questões. Para descrever as histórias dessas mulheres do cotidiano irei nomear as Marias com nome de flores, como um símbolo da beleza feminina, uma maneira de representação através da analogia de que as flores necessitam de todo o cuidado para florescer, ou seja, adubo, água, terra e principalmente cuidado, atenção e dedicação. Uma planta com essas condições criam raízes fortes que são capazes de romperem os solos mais duros para chegar ao seu objetivo final que é ser flor.

Essa simbologia traduz o que representou o grupo de mulheres. Flores que chegaram murchas, secas com uma terra velha e embrutecida pelo clima árido e ácido por qual passaram. No decorrer do grupo essas flores foram sendo regadas com cuidado e atenção, oferecendo a escora para seu caule não desmoronar, visando proporcionar subsídios para que pudessem desabrochar e florescer, superando as suas dificuldades. Nesse sentido, é que pretende-se dar a luz aos processos vivenciados por essas mulheres, nesse espaço, que a riqueza de suas expressões possam ser escutadas na sua singularidade e que possibilitem ecos que gerem subsídios para outras formas de cuidado em saúde contemplando as especificidades de gênero. Assim, no item abaixo, reconhecemos aspectos históricos da construção da identidade feminina, vislumbrando as reproduções que as representações sociais expressam no cotidiano.

4.1 Histórias de Marias – O Grupo:

Como abordado anteriormente, utilizaremos a experiência vivenciada no grupo de mulheres, para podermos refletir e dialogar teoricamente o vivido. Queremos deixar claro que as histórias dessas, são utilizadas unicamente como forma de explanar algumas experiências vinculadas ao gênero, para que possamos como profissional, traduzir o processo de trabalho, resguardando de qualquer forma os preceitos éticos e de sigilo profissional.

O início do processo de construção do espaço grupal, se deu com a iniciativa de divulgar o grupo. Construimos um cartaz convidando as mulheres e informando data de início e também solicitamos ajuda e colaboração da equipe para encaminhar as usuárias para o grupo. Antes mesmo de dar início ao grupo, planejamos algumas ações a serem desenvolvidas no percurso, traçando objetivos e possibilidades de atividades. Pensamos nesse espaço como um momento de propiciar a promoção e educação em saúde, a fim de dar suporte para as mulheres mediante a troca de vivências e compartilhamento de experiências de vida para além do uso de drogas. Os encontros possibilitaram a construção de outras possibilidades de existência e acima de tudo, na perspectiva de instigar um momento de reflexão, o estímulo da autoestima, bem como, discutir questões como direitos, gênero, violência, papel da mulher na sociedade, entre outros. Destaca-se que as atividades propostas se deram a partir do desejo das participantes.

Como fundamentação teórica para dar suporte na condução do grupo, utilizamos as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, já que se constituía um serviço de saúde pública, como por exemplo, a Redução de Danos, sendo uma nova proposta de olhar a temática, que leva em consideração o desejo e autonomia do sujeito em relação à gestão do seu uso, buscando estratégias para que o uso de drogas seja o menos prejudicial possível. Também buscou-se aportes teóricos com relação ao conceito de gênero e violência doméstica. O grupo constituía-se como um espaço aberto, isto é, possibilitava-se a cada encontro o ingresso de novas participantes. A periodicidade do grupo era semanal, todas às terças-feiras, no período matutino, com previsão de uma hora e trinta minutos de duração.

O grupo teve início no dia 22/05/12, preparamos um chá para recepcionar as mulheres, mas apenas uma usuária compareceu. Maria Rosa que demonstrava

estar retraída com a nossa presença e por ser a primeira e única a participar do grupo naquele momento, mas aos poucos foi se sentindo mais a vontade e discorrendo sobre sua história de vida em relação ao uso de álcool.

Maria Rosa traz importantes relatos que fazem, por nos profissionais reconhecer a necessidade de um aporte teórico que se relaciona com as políticas públicas, bem como, a uma postura ética. A usuária relatou diversas questões que a levaram a sucessivos sofrimentos como o alcoolismo dos pais, onde realizou cuidados de ambos até o falecimento, o seu primeiro casamento aos 13 anos de idade onde sofreu violência doméstica, na qual teve duas filhas. Após anos de sofrimento e violência divorciou-se e retornou para a casa dos pais. Posteriormente a esse matrimônio, conheceu o atual companheiro, que também relata uma relação violenta, onde ambos se agrediam verbal e fisicamente, e somente após ameaça de ocorrência policial e divórcio, o marido não lhe agrediu mais. Com esse marido teve dois filhos, que residem com o casal. Conta que esta deprimida e não tem vontade de fazer nada, além de ficar deitada, refere que faz grande esforço para ir ao CAPS. Essa vivência acarretou dificuldades no emprego, onde trabalhou como empregada doméstica e pediu demissão por não conseguir mais executar suas atividades. Relata que tem grande dificuldade de relacionamento com a filha mais velha que atualmente esta residindo com ela. Suas divergências com a filha ocorrem por causa de sua irresponsabilidade nos cuidados com a sua neta e por trocar de namorado com bastante frequência.

A partir do exposto, percebe-se que a história da usuária demonstra a representação social do papel da mulher, onde culturalmente é delegada a mulher o cuidado aos familiares e o trabalho doméstico, perpassando por questões como violência e submissão ao marido. Isso ocasionou intenso sofrimento na usuária que refere ter iniciado o uso do álcool, como forma de amenizar e esquecer a sua dor. As relações de gênero como construção social estão permeadas pelas relações de poder. Historicamente, o feminino sempre foi oprimido, excluído da vida política e subordinado (CAMPOS, 2004). Isso acarretou em consequências que se perpetuam até a atualidade, onde a violência contra as mulheres está enraizada e tem um marco na própria história das mulheres.

Na relação de desigualdade hierarquizada entre o homem e a mulher é que a violência de gênero se engendra, aliás, uma relação socialmente definida e com graves consequências que permaneceram invisíveis por muitos anos,

respondendo a um modelo familiar que se faz na privacidade do lar. No Brasil, ditados populares como “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, são socialmente aceitos pela cultura brasileira. Devido ao fato que, historicamente, a família foi governada pelo poder masculino, à mulher estava reservada a tarefa de guardiã do lar. (NANJARÍ, 2009, p. 148)

Nos encontros posteriores foram se agregando ao grupo outras Marias que relatavam histórias semelhantes a de Maria Rosa e para dar conta dessas questões que emergiam durante o grupo, percebeu-se a necessidade de instrumentalização referente aos serviços oferecidos no município para atenção e cuidado das mulheres frente as demandas trazidas pelas usuárias que perpassavam por questões de violência de gênero e podermos tratar dessas questões com maior resolutividade. Com isso, foi realizada uma visita institucional ao departamento de saúde da mulher do município, onde conhecemos sobre como se dá atenção à saúde da mulher em âmbito municipal e quais os programas desenvolvidos por esta gestão. No Serviço de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência de Gênero, vimos como se dá a composição da equipe, formas de encaminhamento, acolhimento, atenção e acompanhamento de mulheres em situação de violência, para depois podermos repassar no grupo que acontecia no CAPSAD.

Após essas visitas compartilhamos as informações obtidas e os materiais fornecidos por estes serviços, com as usuárias do grupo, também articulamos uma palestra sobre violência de gênero, que foi dada pela equipe do Serviço de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência de Gênero, durante a assembleia dos usuários do CAPS.

Com isso, houve a preocupação de socializar informações com essas usuárias, compreendendo que o acesso à informação é um direito reconhecido pela Constituição de 1988, em seu art. 5º refere que “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”. (BRASIL, 1988). A Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011, regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos as informações públicas, que no seu artigo 5º traz que é “dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão”.

Em relação ao direito à informação em saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada pela Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006,

dispõem sobre os direitos dos usuários, inclusive sobre a informação, em parágrafos específicos. Conforme parágrafo VI:

As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social. (BRASIL, 2006)

Garantir o acesso a informações referentes aos serviços da rede propicia aos usuários o conhecimento e possibilidades de escolhas relacionadas as suas necessidades e conseqüentemente possibilita que exerça a sua cidadania. A partir disso, construímos em conjunto com as usuárias um cartaz sobre os direitos das mulheres, onde elas recortaram e colaram figuras que para elas representavam o universo feminino e os materiais fornecidos pelos serviços de atenção a mulher, como forma de divulgar para os demais usuários do CAPS os serviços ofertados a população e os seus direitos.

Com relação a essas informações obtidas na rede, foi possível potencializar ainda mais as intervenções realizadas no grupo, proporcionando que as usuárias possuíssem maior autonomia e fossem multiplicadoras das informações e conhecimento adquirido nesse espaço. Isso possibilitando maior compreensão e acolhimento com as integrantes do grupo que vivenciavam situações de violência como a de Maria Orquídea, que mobilizou muito as participantes. Ela chegou bastante angustiada e nervosa, relatando o histórico de violência praticada pelo marido e as tentativas de realizar o boletim de ocorrência na delegacia. Referiu que recebe ameaças de morte do marido com relação à separação e também conta, que algumas vezes foi à delegacia realizar queixa, mas desistiu por medo da reação do marido. Se manifesta por várias seu desejo de realizar o divórcio e afastar-se do marido.

As participantes do grupo foram bastante acolhedoras com o sofrimento de Maria Orquídea e incentivaram-na a realizar o boletim de ocorrência. Conversamos sobre a Lei Maria da Penha e a sobre o serviço disponível no município para tratar dos casos de violência contra a mulher. No final do grupo conversamos individualmente com ela, lhe orientamos e encaminhamos para acolhimento no Serviço de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência de Gênero, como sendo um espaço específico para tratar desse assunto.

Na semana posterior, Maria Orquídea contou sobre o atendimento realizado nesse serviço e a orientação que recebeu para ir à delegacia fazer o boletim de ocorrência, mas refere que ao chegar à delegacia não conseguiu esperar a grande fila que havia para atendimento e desistiu. Conversamos sobre a importância de realizar essa ocorrência policial para dar início ao processo de medida protetiva⁴ e separação do marido. Maria Orquídea disse que ao finalizar o grupo irá à delegacia. No encontro seguinte do grupo Maria Orquídea chega sorridente, contando que conseguiu realizar pela primeira vez o boletim de ocorrência e que terá que aguardar os trâmites judiciais e que posteriormente receberá intimação para audiência com o marido. Após um mês de espera ela recebe intimação para comparecer a audiência e refere no grupo que está bastante apreensiva com a reação do marido no momento em que lhe entregarem a intimação.

A partir desse relato, o fenômeno da violência doméstica demonstra o poder intimidador que faz com que a usuária sinta-se coagida pela ameaça do marido e denota na dificuldade em realizar a denúncia contra o agressor. Conforme Oliveira e Cavalcanti (2007), a violência contra mulher é:

É uma manifestação do sistema de dominação que é exercido historicamente do homem sobre a mulher, sistema que predetermina uma identidade feminina que quando oposta ao esperado faz, daquela, alvo de agressões e de discriminações. (OLIVEIRA e CAVALCANTI, 2007, p. 03).

Com isso, essa violência é um dos efeitos da desigualdade de gênero, onde a mulher sofre com o processo de inferiorização em sua própria condição feminina, sofrendo as consequências deste processo em sua vida pessoal e pública. Saffioti (2004, p. 81) refere que a violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino. A questão da violência doméstica esteve presente em inúmeros encontros do grupo de mulheres e foi propiciando um espaço de confiança, acolhimento e escuta para as diversas histórias de situação de violência. Essas histórias se diferenciavam e interligavam-se entre si, e nos relatos expressavam diferentes maneiras de lidar com essa questão.

O caso de Maria Margarida relatado no grupo, é que durante muitos anos foi agredida pelo marido, onde teve seu nariz quebrado ao levar um soco por contrariá-

⁴ As medidas protetivas são dispositivos de proteção criados pela Lei Maria da Penha como meio de coibir a violência praticada contra a mulher.

lo. Chegou a mostrar para as demais participantes as marcas da violência espalhadas pelo corpo, com diversas cicatrizes. Diz que nunca quis denunciar o marido porque ele era um bom pai para seus filhos e sempre lhe ajudou quando mais precisava. Refere que se divorciou dele por ser viciado em jogo e gastar toda renda familiar com isso. Conta que começou a fazer uso frequente de bebidas alcoólicas para curar a dor do corpo e diversas vezes mencionava a frase “o corpo cura, a alma não” (sic). A história de Maria Margarida chocou muitas mulheres do grupo, pela naturalidade com que falava e tratava da questão da violência que sofria e por nunca ter denunciado o marido.

Saffioti (2004) menciona que a violência doméstica apresenta características específicas:

Uma das mais relevantes é sua rotinização, o que contribui, tremendamente, para a codependência e o estabelecimento da relação fixada. Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque o macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim o determina. (SAFFIOTI, 2004, p.85).

Maria Margarida tratava a questão da violência como algo inerente a sua história de vida e como sua condição por ser mulher, inferior e subalterna ao homem. Saffioti (2004) traz que:

As mulheres que suportam a violência de seus companheiros, durante anos a fio são codependentes da compulsão do macho e o relacionamento de ambos é fixado, na medida em que se torna necessário. Nesse sentido, é a própria violência, inseparável da relação, que é necessária. É verdade, por outro lado, que há mulheres resilientes que não se deixam abater por condições adversas. (SAFFIOTI, 2004, p.84).

Os casos de violência relatados no grupo, não possuíam como agressores somente os companheiros, mas também havia casos em que os filhos eram os agressores de suas mães. Conforme relato de Maria Bromélia, que conta que seu filho mais velho lhe agrediu verbal e fisicamente, lhe ocasionando diversas fraturas pelo corpo. Disse que não quis denunciar o filho com medo que ele fosse preso e também porque ele fazia uso de substâncias psicoativas, refere que seu maior desejo no momento era de que o filho realizasse tratamento. Maria Bromélia conta que atualmente tem uma ótima relação com esse filho, que ele já realizou tratamento e conseguiu retomar sua vida, casou-se e lhe deu um neto.

Com relação ao uso de drogas, esse fator muitas vezes aparecia no grupo como algo secundário, como um meio de suportar uma dura realidade e sofrimento, ao qual viviam essas mulheres. Durante o tratamento realizado no CAPSAD, algumas interromperam o uso da substância, outras apenas diminuíram o consumo, buscando reduzir o dano causado a sua saúde, passando a ter uma nova relação de cuidado sobre si.

Os encontros do grupo foram permeados por relatos de várias histórias tristes de sofrimento e violência, mas também havia muitos relatos de felicidade e conquistas realizadas por essas mulheres, como no caso de Maria Hortência que contou ao grupo que havia conseguido um novo emprego. Estava trabalhando com seu familiar num bar e não gostava, então tentava não realizar mais uso de bebidas alcoólicas e esse local lhe instigava o desejo de fazer esse uso. Outro momento de felicidade compartilhado no grupo foi a separação e o encontro de um novo amor realizado por Maria Bromélia, que era muitas vezes considerada a rabugenta entre as mulheres, pois reclamava de tudo. Mas mudou suas atitudes e expressões a partir da nova relação.

Durante os encontros do grupo de mulheres também ocorreram momentos de descontração, com atividades consideradas prazerosas por estas usuárias como: piquenique, passeios na praça matriz do município, comemoração de aniversários, práticas de relaxamento com música e assistir ao jogo de futebol dos usuários do CAPS. Também, realizamos a atividade intitulada “O Dia da Beleza”, que era realizada uma vez ao mês, num espaço cedido pela Secretaria de Educação, onde eram oferecidos cursos de cabeleireiro. O uso desse espaço era um momento de saída do serviço e ter acesso a recursos tecnológicos para o embelezamento. O objetivo da realização dessa atividade era de propiciar a autoestima dessas mulheres, o olhar para si e também como um momento de interação e descontração entre as mulheres, pois não haviam profissionais da área de embelezamento para realizar essas atividades e cada mulher ajudava nos cuidados de si e das outras integrantes do grupo.

Como forma de adentrarmos no tema referente ao papel da mulher na sociedade utilizamos o filme “O sorriso de monalisa”, que retrata papéis instituídos socialmente para as mulheres na década de 50 e em contraponto a isso, uma feminista que luta pelo direito a emancipação feminina e os padrões pré-estabelecidos na época. Na semana posterior ao filme propomos a discussão sobre

as questões observadas pelas usuárias, onde muitas referiram identificar-se com as questões abordadas no filme. Maria Tulipa trouxe reflexões bem importantes como a reprodução do machismo pelas mulheres, que muitas vezes criam os filhos com esta concepção, citando como exemplo a questão de atribuir o brincar de boneca como algo apenas pertencente as meninas, contribuindo para o afastamento do menino na relação dos cuidados paterno.

A grande maioria das Marias referiu como o papel da mulher aos cuidados dos filhos, reproduzindo o pensamento machista e patriarcal presente na sociedade. Maria Violeta falou sobre a submissão feminina, contando que iniciou o uso de substâncias psicoativas para ser parceira do marido e mantê-lo mais em casa. A maioria das mulheres afirmou ter iniciado o uso de drogas no lar, com seus maridos ou pais, e realizam o uso em seu ambiente privado, evitando a exposição pública. Pois todas as Marias dizem já ter sofrido algum tipo de preconceito por ser mulher e fazer uso de substâncias psicoativas.

A partir desses relatos pode-se problematizar sobre diversas questões relacionadas ao papel da mulher na sociedade e sua reprodução pelas mulheres como também o duplo estigma aos quais essas mulheres são associadas como o fato de ser mulher e ter que cumprir um papel socialmente construído e o outro de realizar o uso de substâncias psicoativas. O estigma social em relação às mulheres é bastante expressivo, sendo julgadas como promíscuas, amorais e incapazes de cuidar da família e dos filhos. E, em razão disso, muitas fazem uso às escondidas. O sentimento de culpa é uma constante. São muitos os conflitos com a família, e o abandono por parte do companheiro se dá em certos casos. (AQUINO, 1997)

Esse estigma social ao qual a mulher que faz uso de drogas é atrelada pode operar como uma barreira, dificultando sua procura espontânea aos serviços de saúde para a realização do seu cuidado. Como também, ser um dos fatores que contribui para que o número de mulheres no serviço seja bem inferior ao número de homens. Outro questionamento se dá a partir da ampliação da autonomia e a conquista de direitos adquiridos pelas mulheres, que ocasionou também a sobrecarga de atividades que elas têm que realizar, que para além dos cuidados tradicionais vinculados a família e ao lar, muitas trabalham para arcar e/ou contribuir com as despesas familiares, acarretando em uma dupla jornada, onde tem que dar conta de múltiplas tarefas sozinha, muitas vezes sem nenhuma ajuda da figura masculina.

Essas problematizações surgem a partir do cotidiano do grupo de mulheres, que conforme, as Marias, esse espaço é onde elas sentem-se mais a vontade para falar sobre diversas questões de suas vidas, pois nos outros grupos com a maioria dos integrantes sendo homens, elas relatam que sentem-se constrangidas para contar sobre situações acerca do universo feminino.

As Marias expressaram em vários momentos que o grupo de mulheres é onde elas se sentem acolhidas, escutadas, apoiadas, cuidadas, protegidas, fortalecidas, para enfrentar as dificuldades do seu cotidiano, sem haver julgamento, nem rótulos, preconceito e distinção da substância que fazem uso, onde podiam compartilhar suas histórias e realizar a troca de suas experiências de vida.

Dessa forma, o espaço grupal propiciou o alívio de tensões, o desabafo, a resignificação do sentido de suas vidas, que nesse momento de coletivo singular, suas histórias se reconstroem com o olhar e reconhecimento do outro que se identificam e se entrelaçam a partir da construção e estabelecimento de vínculo e relação de confiança entre as usuárias participantes do grupo e também com as coordenadoras desse espaço.

Nesse contexto de complexidades que transversalizam o universo feminino e o uso de drogas, olhar para essa especificidade de gênero possibilita reconhecer suas particularidades e compreender que as relações de gênero também decorrem das relações de poder constituídas ao longo da história, onde as mulheres estiveram marcadas por diversos estigmas que as colocavam em uma situação de subalternidade e inferioridade em relação aos homens. Entende-se que o papel histórico da mulher e a gênese das desigualdades entre homens e mulheres tornam-se imprescindível para problematizar e estabelecer estratégias de superação dessas desigualdades.

Compreende-se que essas questões que atravessam o universo feminino, como violência, desigualdades, uso de drogas, sofrimento psíquico, vulnerabilidade entre outros, também perpassam pela percepção dos determinantes para a saúde conforme a Lei nº 8080/1990.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Para dar conta desses determinantes faz-se necessário a construção de um olhar e atenção integral sobre a mulher a partir da perspectiva de gênero, rompendo com determinismo biológico e a focalização apenas nos aspectos relacionados a reprodução, como gravidez, parto e puerpério. Esse tema necessita ser incorporado aos serviços de saúde de forma efetiva para que as determinações sociais de saúde não sejam ocultadas. Nesse sentido, possibilitar a articulação do cuidado com interface na rede intersetorial, propiciando ações que contemplem as diferentes necessidades dessa população, o que contribui para facilitar a construção de vínculo com o serviço de saúde. Nessa perspectiva, os programas de residência tem um papel fundamental na formação de profissionais capacitados a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária que possibilitam um olhar integral sobre os sujeitos e assim, intervir na garantia dos seus direitos sociais.

5. CONSIDERAÇÕES...

“As reticências são os três primeiros passos do pensamento que continua por conta própria o seu caminho”...

Mario Quintana

Essas reticências demonstram que as problematizações iniciadas nesse percurso não se findam, apenas se dá como início de um processo de reflexão acerca das questões que transversalizam gênero e o uso de substâncias psicoativas. Reticências, assim, como as flores podem seguir o seu processo crescendo, germinando e florindo. Transformando-se a si e seu entorno, sendo semente de mudança do processo enraizado culturalmente de representações sociais que atravessam o universo feminino. Compreende-se que esse trabalho não dá conta de reflexões mais aprofundadas sobre o tema gênero e suas transversalidades, passando por questões como as políticas públicas e o uso de drogas. Nesse sentido, se reconhece a complexidade que abrange as situações pertinentes ao universo feminino em destaque.

É a partir daí que surge a necessidade de problematizar essa realidade, das Marias do cotidiano, dessas histórias que se fizeram presentes durante as intervenções e vivências no grupo de mulheres e da riqueza que emergiu nesse espaço. Riqueza essa, que floresceu através do relato de suas histórias, da possibilidade de estabelecer outros e novos sentidos para suas vidas, ao encontrar um novo amor, divorciar-se do marido, conseguir um emprego, reatar vínculos familiares, obter uma outra relação com a substância que faziam uso através da abstinência ou redução de danos, priorizando um novo cuidado de si.

A afetação pessoal propiciada por esse grupo, possibilitou caminhar por caminhos desconhecidos e descobrir novas alternativas de intervenção profissional, instigando a busca por ampliar o conhecimento, o que emergiu no desejo de construção de um projeto de pesquisa que permitiu o ingresso no Programa de Mestrado em Serviço Social com ênfase em políticas públicas, com base nos aspectos aqui mencionados como âncora para se fazer reticências nessa abordagem teórico prática.

Esse processo de aprendizagens e reflexões só foi possível por fazer parte de um Programa de Residência que tem como premissa e bandeira de luta a Reforma

Psiquiátrica, que acredita na transformação de um modelo de atenção que dê voz e vez aos usuários de saúde mental, pautados nos princípios do SUS e de todo seu trajeto transformador.

O processo de inserção na residência culminou em adentrar em um universo pouco conhecido, que aos poucos foi se tornando familiar, ampliando o conhecimento em saúde mental coletiva, propiciando uma prática interventiva através da formação em serviço, utilizando a teoria como norteadora desta prática. A residência se constituiu como um processo intenso, com construções e desconstruções de saberes, possibilitando novas interfaces, novos caminhos a serem percorridos e reflexões, estando em constantes mutações. Isso propiciou viver novas experiências, vivenciar novas práticas, novos cenários e desbravar novos território. Também realizar diversas trocas de saberes com as diferentes profissões que fazem parte desta Residência, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar nos campos de prática profissional. A intersetorialidade esteve presente nos diferentes cenários de prática, considerando que para dar conta das distintas necessidades dos sujeitos é necessário dialogar com as demais políticas públicas. Como também para realizar um cuidado integral em saúde mental é imprescindível a articulação que extrapole os limites institucionais.

Para compreender o processo de constituição da residência, seu contexto político e organização dos residentes, se fez necessário a participação no Fórum Nacional de Residentes em Saúde – FNRS e Coletivo Gaúcho de Residentes. Ambos os movimentos possuem caráter horizontal na sua organização e se consolidam através da articulação entre residentes, possibilitando um espaço de troca de experiências onde está presente a luta em defesa do SUS público, estatal e de qualidade. Como também na perspectiva de um modelo de sociedade que contemple as lutas e reivindicações da classe trabalhadora.

Esta trajetória constituiu-se de maneira rizomática, como cita Jacques (2007, p.140) “fazer rizoma é precisamente aumentar seu território por meio de múltiplas e sucessivas desterritorializações”. Estabelecendo-se como um espaço de mobilidade, pelos fluxos e desenraizamento, superando a lógica da árvore que reduz, classifica e hierarquiza. Olhando para esse percurso de forma integral, pois todos os dispositivos são válidos e influem na composição dos mesmos. E como as reticências, as considerações seguem para outros espaços, outras lutas, outros territórios, para a construção de novas possibilidades...

“[...] Há mais Marias na terra, tantas que é um não acabar. Mais que as estrelas no céu, mais que as folhas na floresta, mais que as areias no mar [...]” . (BANDEIRA)⁵.

⁵ Poema Canção de muitas Marias. Disponível em: <http://poemasdebandeira.blogspot.com.br/2010/03/cancao-de-muitas-marias.html>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, M.T.C. de. “A Mulher e a droga: Motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção”. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs). **Toxicomanias, abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Sette Letras, 1997.

BANDEIRA, M.C.S. **Canção de muitas Marias**. Disponível em: <<http://poemasdebandeira.blogspot.com.br/2010/03/cancao-de-muitas-marias.html>>. Acesso em 20 jan. 2013.

BARSTED, L.A.L. **Em busca do tempo perdido: mulheres e políticas públicas no Brasil 1983 – 1993**. Revista Estudos Feministas. V2. n. especial. Rio de Janeiro, ano 2, 2º semestre de 1994.

BRASIL. **Lei nº 7.353 de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências.

_____. **Lei nº 10.683 de 28 de maio de 2003**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde da mulher**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípio e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2004.

_____. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2007.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Texto Contribuição para as Conferências Estaduais - Documento Base**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgado em 05 de outubro de 1988, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

CAMPOS, C. H. Justiça consensual, violência doméstica e direitos humanos. In: STREY, M; AZAMBUJA, M. P. R; JAEGER, F. P. (orgs). **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CARLOTO. C.M. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais**. Serviço Social em Revista. V3.n. 2.Jan/jun. 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. São Paulo: Editora Escala, 2002.

GALEANO, E. **O Livro dos Abraços**. Tradução de Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2009.

IAMAMOTO. M.V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

JACQUES, P. B. **Estética da ginga: a arquitetura através da obra de Hélio Oiticica**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra: Ed.UFBA, 2007.

MARX, K; ENGELS,F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Prefácio. In: Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência.** São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

_____. O Conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.A; JOVCHELOVICH, S. (org.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

MONTAÑO, S; PITANGUY, J; LOBO, T. **As políticas públicas de gênero: um modelo para amar. O caso do Brasil.** CEPAL: Santiago de Chile, 2003. Disponível em: <www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/12689/lc/1920p.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

NANJARÍ, C.C. **Gênero como categoria de análise para desvendar a violência contra as mulheres: um desafio para a educação teológica.** Revista Caminhando v. 14, n. 2, p. 141-151, jul./dez. 2009.

NASCIMENTO, M. **Maria Maria.** Disponível em: < <http://letras.mus.br/milton-nascimento/47431/>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

NUNES, C.D; SANTOS, L. M.B; FISCHER, M.F.B; GUNTZEL. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.** Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

OLIVEIRA, A.P.G; CAVALCANTI, V.R.S. **Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. v.17 n.1 São Paulo abr. 2007.

OSIS, M. J. D. D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012.

QUINTANA, M. Reticências. In: **Caderno H.** São Paulo: Globo, 2006.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Joselito. **Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social.** São Luis – MA, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Educação e Realidade. Porto Alegre, v.20, n. 2, jul./dez,1995.