



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO
HUMANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

CRISTIANE SCHOSSLER GARCIA NUNES

**POR ELAS: RETRATOS DO COTIDIANO DO CUIDADO DE PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE USO DE DROGAS**

PORTO ALEGRE

2023

Cristiane Schossler Garcia Nunes

LINHA DE PESQUISA: Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

**POR ELAS: RETRATOS DO COTIDIANO DO CUIDADO DE PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE USO DE DROGAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Nunes, Cristiane Schossler Garcia
Por elas: retratos do cotidiano do cuidado de
pessoas em situação de uso de drogas / Cristiane
Schossler Garcia Nunes. -- 2023.
92 f.
Orientadora: Miriam Thais Guterres Dias.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social,
Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Cuidado. 2. Saúde mental. 3. Mulheres. 4.
Drogas. 5. Trabalho. I. Dias, Miriam Thais Guterres,
orient. II. Título.

Cristiane Schossler Garcia Nunes

**POR ELAS: RETRATOS DO COTIDIANO DO CUIDADO DE PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE USO DE DROGAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Miriam Thais Guterres Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Presidente (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wünsch

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Membro interno

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Tittoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Membro interno

Prof.^a Dr.^a Tathiana Meyre da Silva Gomes

Universidade Federal Fluminense – UFRJ
Membro externo

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, professora Miriam Dias, que, incansavelmente, nesses dois anos e meio, soube compreender, entender e acolher todos os anseios, os medos e as (in)certezas de uma aluna que é mãe, esposa, filha, assistente social, fotógrafa, crossfiteira (nos últimos meses nem tanto) e há alguns meses trabalhadora de um município do litoral sul do estado, indo e voltando para a capital semanalmente. Gratidão eterna, querida professora, por confiar no meu potencial quando até eu mesma duvidei. Passar segurança, confiança e dividir os saberes, são poucos os professores que têm essa sensibilidade.

Agradeço ao meu filho, Lucas, que, desde sempre, sempre mesmo, me acompanha nos estudos. Ao longo desses 10 anos dele, não houve um ano que ele não tenha me visto estudando, indo madrugada adentro comigo. Faça chuva ou faça sol, faça frio ou calor, ele estava lá, me auxiliando sem nem saber o quanto a presença dele era fundamental para aguentar as noites em claro e o cansaço dessa jornada extensa. Por fazer questionamentos, por me fazer rir ao falar os termos que é só quem é “filho de assistente social” fala, por ter uma consciência crítica maravilhosa para a idade. O Lucas é iluminado, só quem convive com ele sabe.

Ao meu marido, Luis Fernando, que segura as “barras” junto comigo, um parceiro de verdade, que faz o papel de pai e de marido como deve ser. Obrigada por ser o cuidado quando preciso, por me escutar reclamando, pelos cafés passados, “tu é a calmaria”.

Aos meus pais, José e Sônia, pelo apoio incondicional, mesmo sem nem entender a dimensão do que é ser mestre e do que é ser assistente social. Da aprovação do ENEM ao ser mestre... quantas coisas em 12 anos! Vocês viram a filha de vocês se formar, ter duas residências em áreas que não são fáceis, a urgência/emergência e a saúde mental, e agora prestes a virar mestre. É... Viva a universidade pública de qualidade, viva o SUS! Obrigada pelo apoio com o Lucas quando preciso. Pelas risadas, pelos cafés com bolo e pelo chimarrão, como uma boa rede de afeto. A filha do porteiro e da empregada doméstica vai virar Mestre.

Aos meus irmãos, principalmente ao Cleisson, com quem divido desde os memes da internet aos assuntos mais sérios, relacionados à política e à educação. Obrigada por sempre me apoiar no mestrado; lembro do dia em que estávamos acompanhando a lista, que não saía nunca, e eu desisti de ficar atualizando a página da UFRGS. Então ele me ligou, falando que meu nome estava lá. Não acreditei, e ele, muito mais feliz do que eu, ainda disse que eu havia ficado em segundo lugar na seleção. Até que caiu a ficha em mim: “cara, eu tô na lista de aprovados do mestrado na UFRGS”. Nós sempre falamos um para o outro que sabemos do nosso potencial, mas que, para nós mesmos, é difícil de acreditar. Mas, mano, a gente vai conseguir!

Agradeço também aos amigos e amigas que serviram como rede de apoio e lamentação para os dias mais pesados de estudos e de quase desistência. Àqueles amigos que me incentivaram a ir para o mestrado. Não vou citar nomes para não esquecer. Ao grupo de amigas do crossfit, que são amigas para além do treino, para as mais variadas trocas de assunto. Obrigada pelas resenhas.

Aos equipamentos de saúde por onde passei: HPS, HCPA, obrigada pela troca de aprendizado, principalmente à equipe do Caps-ad Partenon/Lomba do Pinheiro, equipe séria, ética, comprometida com os princípios do SUS, com quem dividi os dois anos mais intensos de uma jornada de trabalho exaustiva, mas sempre tendo a certeza de que poderia contar com essa equipe para que a rotina fosse menos turbulenta.

Aos usuários e usuárias da saúde mental, que fizeram eu amar essa área e lutar pelos direitos de uma população tão invisibilizada. Vocês são a peça mais fundamental dessa pesquisa. Eu sempre digo que nós, trabalhadores da saúde mental, poderíamos escrever um livro das mais variadas histórias.

Aos professores do PPGPSS, que se dedicam para poder compartilhar o aprendizado.

Aos colegas do SAGEV, amigas que a UFRGS me apresentou para que não seguisse sozinha nesse processo árduo, mas ao mesmo tempo tão gratificante, do mestrado.

E por último, mas não menos importante, às professoras arguidoras da banca, por separarem um tempo para auxiliar no processo de construção desta dissertação.

ABRASUS!

RESUMO

A presente dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da UFRGS, teve como objetivo conhecer como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho, visando compreender o contexto em que se inserem junto aos serviços de saúde e demais equipamentos sociais e colaborar com a criação de políticas públicas. Sabe-se que o uso prejudicial de álcool e outras drogas afeta várias sessões do cotidiano de quem usa e de quem está em sua volta. Ao longo da história, a mulher é vista como cuidadora, seja da casa, seja dos filhos. Com o passar dos anos, as mulheres assumiram tarefas para além do cuidado, se inserindo em processos de trabalho assalariado. Sabe-se que, na área da saúde mental, a família foi incluída para participar de decisões e do tratamento a partir da Lei nº 10.216. Com isso, sucessivas aproximações de uma rede de apoio foram se consolidando. A pesquisa realizada foi qualitativa, descritiva, exploratória, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, através de entrevistas realizadas com cinco mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps-ad) do município de Porto Alegre. Para a análise de dados, foi usado o método de análise de conteúdo, a partir de Minayo. O principal achado foi que as mulheres, que são a maioria dos que fazem o trabalho de cuidado com as pessoas em situação de uso de drogas, acabam passando por diversas expressões da questão social, tais como violências, sobrecarga, falta de rede de apoio, falta de recursos e de políticas sociais para esse público. O cuidado, como uma das categorias principais dessa dissertação, passa a ser visto como um trabalho, porém não identificado pelas mulheres que o fazem.

Palavras-chave: Cuidado. Saúde mental. Mulheres. Drogas. Trabalho.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation of the master's degree from the Graduate Studies Program in Social Politics and Social Service of UFRGS was to know how women who are caregivers of drug users describe the daily tasks of this job, aiming to understand the context they are in along with the health services and other social equipment, as well as to cooperate with the creation of public policies. It is known that the prejudicial use of alcohol and other drugs affects several everyday sections of who uses it and who is around them. Throughout history, a woman is seen as a caregiver of the house or of her children. Over the years, women took over tasks beyond care, inserting themselves in salaried work processes. It is known that, in the mental health field, family was included to participate in decisions and treatment, according to Law 10,216. Thus, successive approximations of a support network were consolidating. The research carried out was qualitative, descriptive, exploratory, and in the perspective of the historical and dialectical materialism, through interviews with five women in a Psychosocial Care Center – Alcohol and Other Drugs (Caps-ad) in the city of Porto Alegre. The Minayo's method of content analysis was used for the data analysis. The main finding was that women, who are most of those who do the work as caregivers of drug users, end up going through a lot of expressions of social issues, as violence, overcharge, lack of support network and lack of resources and social policies for this public. The care, as one of the main categories of this dissertation, starts to be seen as a work, but not identified by the women who do it.

Keywords: Care. Mental Health. Women. Drugs. Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Artigos, teses e dissertações selecionados na revisão de literatura	16
Quadro 2. Redução de danos	33
Quadro 3. Características das mulheres participantes da pesquisa.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tríade categorial.....	49
Figura 2. Serviços da rede intersetorial referidos pelas mulheres participantes.....	57
Figura 3. O quarto.....	69
Figura 4. A sala.....	70

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
Aesc	Associação Educadora São Carlos
Ament	Ambulatório de Saúde Mental
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
Caps-ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTs	Comunidades Terapêuticas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPS	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NHNHI	Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONDH	Ouidoria Nacional dos Direitos Humanos
PNADc	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Política Nacional de Saúde
PPGPSSS	Programa de Pós-Graduação Política Social e Serviço Social
PSF	Programa Saúde da Família
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
Rims HPS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
Senapred	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNODC Escritório das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	19
2 POR TRÁS DOS RELATOS: A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1. SAÚDE MENTAL E DROGAS.....	24
2.2 GÊNERO E COTIDIANO.....	34
2.3. CUIDADO E TRABALHO	42
3. “CUIDA..CUIDA DA ROTINA”, MAS E DELA?	48
3.1 “NUNCA FOI SORTE” – A REDE DE APOIO QUE NÃO EXISTE... ..	51
3.2. “SEMPRE DOU O MEU JEITINHO, É BRUTO, MAS É COM CARINHO” – OS SERVIÇOS CONTINUAM SENDO MANICOMIAIS	56
3.3 “DISFARÇA E SEGUE EM FRENTE TODO DIA ATÉ CANSAR” – O NÃO SABER CUIDAR DE SI.....	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – Tópico Guia para a Entrevista	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE C – Folder de Divulgação da Oficina	92

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente se ressalta a importância de realizarmos um debate sobre o cuidado e as relações com o gênero, com suas implicações em uma sociedade patriarcal, o que se torna cada vez mais complexo e desafiador na atual conjuntura, com o avanço de discursos conservadores e moralistas. Pesquisar o papel das mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas torna o debate ainda mais provocador, pois se sabe que o cuidado é realizado por pessoas com laços consanguíneos, ou não, mas que compartilham o cotidiano e vivenciam as diversas expressões da questão social.

Para Passos (2017, p. 6), o cuidado, que “[...] é uma necessidade ontológica do ser social, acabou assumindo o sentido de atribuição feminina”, pois, por mais que toda a família tenha o papel de exercer o cuidado, a mulher acaba se tornando a principal responsável devido às características históricas de desenvolvimento da nossa sociedade. Entende-se que, para o cuidado existir, é necessário que as pessoas o executem. Passos (2017) afirma que o cuidado é o resultado da simultaneidade entre trabalho e relações sociais, pois, para a sobrevivência dos seres humanos, é necessário que alguém trabalhe (cuide) para que ela ocorra, e as relações sociais se darão como, onde e quando esse trabalho se dá.

No mundo, segundo o *Relatório Mundial sobre Drogas 2020*, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2020), houve aumento de 30% no uso de drogas entre 2009 e 2018. No Brasil, o maior estudo já realizado sobre essa temática trouxe dados de que 3,2% dos brasileiros usaram drogas ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, ou seja, 4,9 milhões de pessoas. Em relação ao consumo de álcool, 46 milhões de pessoas informaram tomar pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores à pesquisa (LARANJEIRA *et al.*, 2013). O uso de drogas é considerado um grave problema de saúde pública e, por isso, é um importante aspecto da atenção à saúde mental das pessoas em situação de uso e de seus cuidadores. O uso de drogas não afeta apenas as pessoas em uso, mas o meio em que vivem, bem como seus cuidadores, que acabam realizando diversas mudanças no cotidiano para ficarem mais próximos dessa pessoa e auxiliar nos seus cuidados.

O uso de drogas no contexto do cotidiano da população sempre existiu. Antigamente não se falava no uso de drogas como problemático, muito menos em narcotráfico, discussões essas que começaram a aparecer após movimentos de repressão partidária, que faziam ligação com xenofobia e racismo, proibindo o uso de determinadas drogas e atingindo mais fortemente determinados grupos sociais que não se enquadravam nos padrões de vida cotidiana de determinada sociedade. A indústria capitalista precisava conter esses grupos ao mesmo tempo

em que necessitava deles na cidade, retirando-os de seus povos e de sua cultura e os incluindo na rotina da cidade grande, sob políticas de contenção, manutenção e controle (RODRIGUES, 2012).

O cotidiano é uma categoria que perpassa diversas profissões, não somente o Serviço Social. O cotidiano sempre foi um assunto de interesse das pessoas no geral, através de novelas, séries, filmes e programas de televisão, mídias pelas quais se observa o cotidiano alheio. No momento em que estivemos em situação de pandemia da covid-19¹, observar o cotidiano nunca foi tão fácil, graças às redes sociais que a tecnologia permite. O cotidiano não é só gerido pela pessoa que o vive, mas conta com intervenções do Estado e da forma de produção capitalista, que, de modo direto ou indireto, acabam influenciando o cotidiano através das legislações, regulamentos, proibições, fiscalizações e equipamentos da justiça (NETTO, 1989). Sabe-se, no entanto, que trabalhar a categoria *cotidiano* é de suma importância para o Serviço Social, pois é nesse universo que se estabilizam, persistem ou se modificam as condições de vida que atingem as práticas sociais.

O tema de interesse desta pesquisa surgiu através dos inquietantes acontecimentos ao longo da trajetória profissional da pesquisadora, considerando sua caminhada pela rede intersetorial, desde a graduação, quando passou pelas áreas da saúde e da educação. Na saúde, durante a graduação, trabalhou no Instituto Psiquiátrico Forense, o único manicômio judiciário do Rio Grande do Sul, e no Hospital Cristo Redentor. Na área da educação, atuou em uma escola social. Depois, como assistente social, também atuou no segmento da educação e vem construindo um amplo caminho pela rede de saúde através das residências multiprofissionais pelas quais passou: Urgência e Emergência, no Hospital de Pronto Socorro (Rims HPS), e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Atenção Integral ao Usuário de Drogas, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com destaque para esta última. A pesquisadora atuou como assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps-ad) e atualmente trabalha em um Ambulatório de Saúde Mental (Ament) como assistente social, lotada na Secretaria de Saúde do município de Mostardas. Destaca-se, por fim, o ingresso no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPG/PSSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 05 de maio de 2023, o fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à covid-19, mas alerta que a propagação mundial da doença continua caracterizada como uma pandemia, tendo tirado uma vida a cada três minutos apenas na semana passada (OPAS, 2023b).

Nos espaços sócio-ocupacionais mencionados, observou-se que as mulheres, independentemente do seu grau de parentesco, sempre se faziam presentes, seja para visitas, acompanhamentos, resolver questões ou acolhimento. Durante essa trajetória, percebeu-se que as mulheres sempre expressam as dificuldades que enfrentam para lidar com as pessoas em situação de uso de drogas. Com frequência, elas compõem a única parte da família cujos vínculos não estão rompidos e/ou fragilizados, seja por vontade própria ou pelo fato de a mulher ocupar um papel imposto culturalmente, de ter que ser sempre a responsável pelo cuidado. Ressalta-se que são poucos os homens que têm esse papel de cuidador, pois histórica e culturalmente, o homem é responsável pelos cuidados financeiros e de mantenedor da casa, enquanto a mulher é responsável pelo cuidado de forma mais geral.

No percurso formativo da Residência em Saúde, foi realizada uma pesquisa com as mulheres cuidadoras que frequentavam o ambulatório de adição e internação hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e uma das respostas foi relativa a “[...] o hospital estar suprindo todas as necessidades dessas mulheres cuidadoras”, ou seja, não precisavam de outros serviços. Essa manifestação expressa o modelo hospitalocêntrico (ALMEIDA, 1997) do cuidado como modo de atenção à saúde e saúde mental, concepção ainda presente no país. Em tal modelo, o usuário realiza o tratamento em hospitais, com base apenas na lógica curativa, e, para ele e a família, o hospital é suficiente. Considerando a característica do HCPA de somente homens se internarem na Unidade de Adição, na pesquisa realizada, as mulheres entrevistadas foram somente cuidadoras de homens.

Agora, nesta pesquisa de dissertação de mestrado, houve o interesse em seguir nesta linha de estudo, mas com mulheres de trajetórias de cuidado no território da atenção à saúde, no caso, em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps-ad), serviço especializado de saúde mental instituído com a Política de Saúde Mental brasileira após o movimento da Reforma Psiquiátrica (DIAS, 2012). Quer-se saber quais foram os enfrentamentos das mulheres no cuidado às pessoas em situação de uso de drogas (independentemente do seu gênero) que estão nos territórios da Zona Norte de Porto Alegre, para conhecer as possibilidades do sistema de atenção à saúde e intersetorial para além da lógica hospitalocêntrica.

O nome da pesquisa, *Por elas: retratos do cotidiano do cuidado de pessoas em situação de uso de drogas*, foi pensado pela participação das mulheres e pela pesquisa ser realizada por uma pesquisadora mulher e por uma orientadora; assim, ambos os trabalhos da pesquisa são realizados “por elas”, além de se tratar de trazer aspectos do cotidiano dessas mulheres, promovendo o protagonismo delas nesse assunto.

Pesquisa-se a temática de mulheres como cuidadoras e os enfrentamentos realizados por elas de modo a descobrir novas formas de tratar essas cuidadoras, bem como para chamar a atenção dos serviços para a importância de também cuidar de quem cuida. Nos dias atuais, existem novos arranjos familiares na sociedade, sendo muitas mulheres e mães as únicas provedoras do lar e do cuidado, ou dividindo esse cuidado com as esposas e/ou irmãs. “Os papéis femininos na impossibilidade de serem exercidos pela mãe-esposa-dona de casa, são transferidos para outras mulheres, de fora ou dentro da casa” (SARTI, 2011, p. 30), mantendo o cuidado sob a ótica do gênero. Por mais que os homens possam estar realizando o papel de cuidador, quando o cuidado é repassado, este, quase sempre, o é para uma mulher, por mais atividades que ela já desempenhe.

Em se tratando da relevância para a pesquisa, este estudo é importante porque, ao se realizar uma busca na literatura (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD e SciELO), verificou-se uma grande quantidade de estudos abordando a temática de famílias, porém não foram encontradas discussões com o recorte de gênero e uso de drogas, conforme indica o Quadro 1.

Quadro 1. Artigos, teses e dissertações selecionados na revisão de literatura

Termos de pesquisa	Base de dados	BDTD	SciELO	Total
Família – transtorno relacionados ao uso de substâncias – mulheres		3	4	7
Família – transtorno relacionados ao uso de substâncias		22	15	37
Família e drogas ilícitas		26	14	40
Família e codependência e transtornos relacionados ao uso de substâncias		1	0	1
Saúde mental – mulheres – transtornos relacionados ao álcool		0	1	1
História – família – transtornos relacionados ao uso de substâncias		4	2	6
Identidade de gênero e drogas ilícitas		4	0	4
Gênero e saúde e drogas ilícitas		1	6	7
Gênero e saúde e transtornos relacionados ao uso de substâncias		1	2	3

Identidade de gênero e transtornos relacionados ao uso de substâncias	1	0	1
Perspectiva de gênero e transtornos relacionados ao uso de substâncias	0	0	0
Saúde mental e mulheres e transtornos relacionados ao uso de substâncias	6	5	11
Mães e transtornos relacionados ao uso de substâncias	1	0	1
Mães e dependência química	1	2	3
Dependência química e família e gênero	6	0	6
Esposas e dependência química	1	1	2
Mulheres e dependência química e cuidado	3	1	4
Intersetorialidade e drogas ilícitas	2	0	2
Intersetorialidade e transtornos relacionados ao uso de substâncias	2	0	2

Fonte: Elaboração própria.

Essa foi uma revisão inicial de literatura, que, segundo Sampieri, Callado e Lucio (2013), é necessária durante todo o percurso metodológico, desde a elaboração do projeto até a divulgação dos resultados. Ao realizar a busca nos artigos, teses e dissertações, foram colocados os termos acima para se verificar a quantidade de estudos existentes sobre determinadas categorias.

Destacamos os termos e os achados da revisão realizada em três grupos: família e transtornos relacionados ao uso de substâncias, com 37 artigos; família e drogas ilícitas, com 40 artigos; gênero e as questões referentes ao uso, aos transtornos e a relação do uso com estes, cujos resultados obtidos demonstram a baixa presença de trabalhos publicados com essas temáticas; por fim, a intersectorialidade, busca realizada devido ao fato de o uso de drogas se relacionar a várias políticas setoriais, ainda assim, apenas quatro artigos foram localizados. Constatamos que o tema *família* possui destaque na literatura sobre usuários de drogas, mas esse não foi o foco desta pesquisa, ainda que ele seja abordado na discussão teórica para refletirmos sobre as mulheres e os papéis que exercem no cuidado.

A pesquisa realizada foi na perspectiva da abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, por possibilitar um aprofundamento sobre o objeto de estudo, proporcionando à pesquisadora e aos sujeitos uma reflexão a respeito do tema e garantindo-lhes o reconhecimento e troca de saberes, num contexto de aprendizagem e aprimoramento coletivo, através de sucessivas aproximações. Conforme Sampieri, Callado e Lucio (2013, p. 376):

O enfoque qualitativo é selecionado quando buscamos compreender a perspectiva dos participantes (indivíduos ou grupos pequenos de pessoas que serão pesquisados) sobre os fenômenos que os rodeiam, aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados, isto é, a forma como os participantes percebem subjetivamente sua realidade. Também é recomendável selecionar o enfoque qualitativo quando o tema do estudo foi pouco explorado, ou que não tenha sido realizada pesquisa sobre ele em algum grupo social específico. O processo qualitativo começa com a ideia de pesquisa.

Nesse sentido, Martinelli (2001) contribui acrescentando que, para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, o reconhecimento da singularidade e a experiência social do sujeito são de extrema relevância nas implicações dos resultados.

Assim, como problema de pesquisa, definimos: “Como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho?” Para explorar e refletir sobre o problema de pesquisa, tivemos como questões norteadoras: a) Como é a relação das mulheres com as demais pessoas no apoio e cuidado com a pessoa em situação de uso de drogas? b) Quais são os serviços do território e as relações das mulheres com o atendimento prestado? c) Qual a expectativa das mulheres sobre o atendimento de suas demandas específicas pelos serviços?

Nesta pesquisa, definimos como objetivo geral: “Conhecer como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho, visando compreender o contexto em que se inserem junto aos serviços de saúde e demais equipamentos sociais e colaborar com a criação de políticas públicas”. Como objetivos específicos, definimos os que seguem: a) compreender os vínculos que compõem a rede de apoio da mulher cuidadora, b) identificar os principais serviços acessados pelas mulheres e sua percepção dos atendimentos prestados; c) refletir sobre o tipo de atendimento que as mulheres identificam como necessário para as suas demandas.

O delineamento e a realização da pesquisa constam no item a seguir.

1.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

As participantes foram mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – Noroeste Humaitá Navegantes e Ilhas (Caps-ad III NHNI). Este Caps-ad pertence à Gerência Distrital (GD) Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, formada pelos distritos sanitários: Humaitá, Navegantes e Ilhas. Essa região foi escolhida pelo fato de, por muitos anos, esse Caps-ad ser localizado dentro do Centro de Saúde IAPI (no bairro IAPI), dificultando o acesso da população mais vulnerável da região, que são os moradores das ilhas. Neste momento, o referido Caps está localizado em um bairro mais acessível a essa população.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Porto Alegre para o período de 2022-2025 (PORTO ALEGRE, 2021a), essa GD tem 54.086 habitantes, sendo 41,19% dessa população negra, e abrange a área total de 21,53% do município. Dentro dessa GD estão localizadas as ilhas, que, segundo o mesmo documento, são o segundo lugar com maior índice de vulnerabilidade social (IVS), o que constitui um dos motivos da escolha por esse território para este estudo, pela maior precariedade de infraestrutura urbana, por sua população de baixa renda e casas de baixo padrão construtivo (apresentam esgoto a céu aberto e lixo acumulado em frente às casas). Segundo o PMS, o índice de vulnerabilidade em saúde significa:

[...] um Índice composto de diversos indicadores relacionados às dimensões do processo saúde-doença com objetivo de identificação dos territórios com maior vulnerabilidade em saúde em Porto Alegre, a fim de subsidiar decisões mais qualificadas e equânimes na política de saúde, como na alocação de recursos e no planejamento estratégico das ações em saúde. (PORTO ALEGRE, 2021a).

No planejamento da pesquisa, a coleta de dados se realizaria através de duas oficinas de reflexão, com debates e exposições de fotografias realizadas pelas mulheres, a serem realizadas no Caps-ad NHNI. Contudo, mostraremos como houve necessidade de mudança desse plano original para a realização de entrevistas (GASKELL, 2004), conforme tópico guia elaborado (Apêndice A).

A amostra da pesquisa realizada foi a intencional, que é composta por um subgrupo que representa a população escolhida da pesquisa e requer um conhecimento dessa população, bem como do subgrupo escolhido (GIL, 2008). Essa amostra foi composta por mulheres com diferentes tipos de vínculos (mães, irmãs, companheiras, amigas) com pessoas em situação de uso de diferentes tipos de substâncias. Os critérios de inclusão foram: a) mulheres familiares consanguíneas ou não, cuidadoras de usuários/as em tratamento há pelo menos um mês no

Caps-ad; b) mulheres acima de 18 anos; c) mulheres que aceitem participar da pesquisa e que concordam com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Já os critérios de exclusão foram: a) mulheres que possuem algum comprometimento cognitivo para compreensão e entendimento dos instrumentos da pesquisa; b) mulheres que não são cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas; e c) mulheres cujo recipiente do seu cuidado não esteja em tratamento há pelo menos um mês nos Caps-ad.

No momento da entrada em campo, realizou-se, com os profissionais do serviço em turnos diferentes, a apresentação da pesquisa a fim de sensibilizá-los para que pudessem divulgar a pesquisa para as mulheres familiares no Caps-ad. Após, foram realizadas duas idas ao grupo de familiares para sensibilização para a participação na pesquisa. Segundo Minayo (2012, p. 623), “[...] é preciso ir a campo sem pretensões formais e ampliar o grau de segurança em relação à abordagem do objeto”.

Desse grupo de familiares, duas mulheres aceitaram o convite. No entanto, após esse momento, já estávamos em época de fim de ano, quando as pessoas tiram férias e há datas festivas. Assim, os encontros não estavam sendo realizados, e havia certa dificuldade para as mulheres irem ao Caps-ad. Realizou-se, então, contatos por telefone, buscando marcar entrevistas. Nesse momento conseguimos mais três participantes, sendo que uma das mulheres pediu que o encontro fosse na sua residência. As outras quatro mulheres pediram que a entrevista fosse via telefone e aceitaram a sua gravação.

A amostra intencional planejada no projeto foi de 12 mulheres participantes. Porém, cinco mulheres participaram. Uma primeira dificuldade na entrada no campo de pesquisa foi o tempo levado na apreciação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Na ocasião, houve uma pane na Plataforma Brasil, sendo necessário que a coordenadora do CEP do Instituto de Psicologia acionasse as instâncias superiores para permitir o fluxo do projeto, e, na sequência, atendemos as pendências feitas por esse CEP e pelo da instituição mantenedora do Caps-ad. As datas das autorizações permitiram que se iniciasse o convite para as mulheres no mês de outubro de 2022.

Outros percalços ocorreram ao longo da coleta, tais como: a questão da pandemia, que prejudicou as condições de realização dos convites para as mulheres no serviço, pois ainda havia contaminação em grande escala, e algumas mulheres e profissionais contraíram o vírus. Participamos de reuniões de equipe e de reunião com familiares e entregamos folders com a data da reunião no grupo de familiares e rede de apoio, bem como os deixamos no saguão do serviço. Também foi deixada com os profissionais uma lista para inclusão dos nomes de possíveis participantes. Tendo havido mudanças de profissionais no serviço, realizou-se

novamente abordagens para apresentar a pesquisa e solicitar colaboração na sua divulgação entre as familiares, madrinhas e demais mulheres que realizavam o cuidado. Tudo isso influenciou na coleta. Decidimos, então, para atendermos aos prazos do mestrado, concluir a coleta de dados com as cinco mulheres que conseguiram participar e que contemplaram os objetivos da pesquisa.

Contudo, durante a análise dos dados das entrevistas realizadas, constatamos que ocorreu saturação teórica, que se dá quando “[...] elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação e a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização” (FONTANELLA *et al.*, 2011, p. 389).

A análise de dados foi realizada sob a perspectiva de Minayo (2012), que consiste em: 1) organizar os materiais em ordem; 2) organizar o material coletado separando-o em assuntos, realizando assim a primeira classificação; e 3) realizar uma nova leitura e reorganizar novamente o material em conjuntos menores, criando, assim, as categorias principais. Fizemos as transcrições e uma leitura inicial, pois é “[...] preciso investir na compreensão do material trazido do campo, dando-lhe valor, ênfase, espaço e tempo” (MINAYO, 2012, p. 624). Após, destacamos no material aquelas manifestações significativas para o estudo para analisá-las e fazer um agrupamento de tópicos de acordo com os assuntos abordados pelas mulheres, momento em que se realizou a “[...] tipificação do material recolhido no campo [para] fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica” (MINAYO, 2012, p. 624). Por fim, esse material compõe as categorias sobre as quais iremos discorrer ao longo do texto.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa realizada, foram atendidas as orientações da Resolução de nº 510, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que baliza as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2016), e o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2021), documento referente às orientações para pesquisas em ambiente virtual. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS através do Parecer nº 5.492.531 em 27 de junho de 2022, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, da Associação Educadora São Carlos – AESC, entidade mantenedora do referido Caps-ad, pelo Parecer nº 5.653.970 em 20 de setembro de 2022.

O protocolo sanitário da covid-19 em vigor foi respeitado na única entrevista presencial realizada, e a pesquisadora responsável providenciou a higienização dos objetos de contato físico, usou máscara descartável e a disponibilizou para a participante, bem como álcool em gel 70%.

Quanto ao TCLE, ele foi entregue à participante que realizou a pesquisa de forma presencial em duas vias. E, para as mulheres que participaram por telefone, o documento foi lido antes do começo da entrevista, após o aceite do convite para participar do estudo. Em todo o processo de investigação sobre o tema proposto na pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos, culturais e sociais de cada indivíduo, não havendo invasão de privacidade e nem contrariando suas próprias crenças, seguindo os preceitos do Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993b). E, como forma de assegurar o anonimato das usuárias participantes, elas foram identificadas com o nome de uma flor.

Como meio de socialização dos resultados, faremos apresentação no Caps-ad onde foi realizada a pesquisa, e os divulgaremos em eventos científicos e em publicações em periódicos científicos.

Nos próximos capítulos, faremos uma revisão teórica, apresentada no Capítulo 2, de título *Por trás dos relatos: a fundamentação teórica*. No item 2.1 *Saúde mental e drogas*, vamos discorrer sobre a Política de Saúde Mental, trazendo uma revisão histórica e a atual conjuntura ligada às drogas, bem como vamos abordar os tipos de atendimento e a legislação do SUS. No item 2.2 vamos transcorrer sobre as categorias *gênero* e *cotidiano* por meio do contexto histórico das relações de gênero e da categoria *cotidiano*, categoria importante para a pesquisa, mas que também perpassa diversas áreas. Para finalizar a fundamentação teórica, no item 2.3 abordaremos as questões relacionadas ao trabalho e cuidado; ambas as categorias fizeram parte dos resultados trazidos pelas mulheres ao longo do capítulo que segue.

No Capítulo 3, de título *“Cuida...Cuida da rotina”, mas e dela?*, serão apresentados os resultados desta pesquisa obtidos através da análise, pelo método crítico-dialético, das respostas dadas pelas mulheres nas entrevistas. O capítulo segue com os subtítulos 3.1 *“Nunca foi sorte” – a rede de apoio que não existe...*, que irá trazer os resultados obtidos para o objetivo específico a), dialogando com a rede de apoio inexistente para a mulher. O item 3.2 *“Sempre dou o meu jeitinho, é bruto, mas é com carinho” – Os serviços continuam sendo manicomialis*, fala sobre os locais da rede que a mulher acessa, bem como traz críticas e sugestões a respeito deles. E o item 3.3 *“Disfarça e segue em frente todo dia até cansar” – O não saber cuidar de si*, irá trazer as reflexões das mulheres sobre o cuidado como um trabalho a respeito do não conseguir se ver como um ser pertencente aos locais e passível também de cuidado.

As categorias que serão discutidas empiricamente em conjunto com o referencial teórico e com as técnicas aplicadas na metodologia foram: a sobrecarga, sociedade patriarcal, família, gênero, raça, violência e pandemia, grupos de mútua ajuda, hospitalização, trabalho, lazer, e ausência de políticas públicas.

Por fim, serão apresentados o tópico guia que foi utilizado nas entrevistas e o TCLE, bem como o folder (Apêndice C) apresentado aos colegas do Caps-ad.

2 POR TRÁS DOS RELATOS: A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE MENTAL E DROGAS

A Política de Saúde Mental “está voltando”, como há pouco acabamos de ver nas redes sociais². Felizmente, com o atual governo Lula em seu terceiro mandato, é possível pensar novamente nas práticas em saúde mental sob o compromisso com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Porém, sabemos que nem sempre foi assim; os últimos anos foram sombrios para a Política de Saúde Mental, pois vivenciamos práticas e discursos conservadores que foram trazidos à tona novamente, como exemplo, tem-se o enfoque dado às comunidades terapêuticas como principal tratamento para os usuários de álcool e outras drogas.

Discorrer sobre as políticas sociais é necessário, especialmente à luz do contexto histórico brasileiro. A proteção social nunca foi plenamente alcançada pelos trabalhadores/as, seja através do trabalho assalariado, seja via políticas sociais, ou em ambos, pois nunca se teve um projeto que distribuísse de fato a riqueza produzida no Brasil (ABEPSS, 2021).

A seguridade social, criada a partir da Constituição de 1988, determina que o Estado passa a ser central nas relações da saúde, assistência e previdência social. A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, a assistência é para quem dela necessitar, e a previdência social, para os contribuintes, sendo, em relação a esta última, deixada de lado boa parte da população, haja vista, por exemplo, a demora na aprovação de benefícios sociais (BOSCHETTI, 2009; ABEPSS, 2021). Apesar de a seguridade social ser bem-vista socialmente e de o sistema capitalista fazer com que as pessoas tenham a visão de que os esforços individuais é que as levam a determinado patamar, é necessário que o Estado cumpra com suas responsabilidades públicas.

Na pandemia da covid-19, vivemos um agravamento das consequências do neoliberalismo no país, que atingiram gravemente a população mais vulnerável (MUSTAFA, 2022; NOGUEIRA; SANTOS, 2022). Nesse sentido, mesmo antes do golpe de 2016, quando a população tinha mais acesso a moradia, educação, lazer, cultura, esporte e saúde, já vivenciávamos as consequências do neoliberalismo; pós-golpe, com a chegada da pandemia, houve despreparo e retrocesso, instaurados no desgoverno Bolsonaro. A desigualdade social

² Desde meados de junho de 2023, estamos acompanhando, nas redes sociais do Ministério da Saúde, publicações que afirmam que “a Saúde Mental está voltando”. São publicações referentes a reuniões, encontros e discussões sobre a temática. Um exemplo está disponível em: https://www.instagram.com/p/CuSC1K_r0kV/?igshid=MTC4MmM1YmI2Ng==. Acesso em: 20 out. 2023.

creceu, e os números de pessoas que necessitam de atendimento de saúde mental também (FARO *et al.*, 2020; COHEN *et al.*, 2023; MATOS; ALBUQUERQUE, 2023).

Segundo um estudo realizado pelo Laboratório de Desigualdades, Pobreza e Mercado de Trabalho da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 64,6 milhões de brasileiros estão na linha de pobreza social. Quando passamos esses dados pelas categorias raciais, os números são de 19,4% para brancos e amarelos, e 38,9% para pretos, pardos e indígenas. De acordo com o mesmo relatório, no Rio Grande do Sul (RS), 21,6% da população do estado, em 2020, tinha índices de pobreza, número que subiu para 24,5% em 2023. Com relação ao Brasil, o número de brasileiros em extrema pobreza, em 2019, era de 23 milhões e, em fevereiro de 2021, 27 milhões, devido à instituição do que muitos autores chamam de ultraneoliberalismo, associado ao neoconservadorismo da extrema direita, que congelou os gastos primários (saúde, educação) em 20 anos (ABEPSS, 2021; BEHRING; BOSCHETTI, 2021; CASSIN, 2022). Assim, com o governo de Temer foi intensificada a “[...] agenda de ofensivas ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente que conformam a nova etapa do ajuste neoliberal, o ultraneoliberalismo” (CASSIN, 2022, p. 18).

Observamos, no Brasil, cada vez mais um desmonte das políticas sociais voltadas às necessidades humanas e, com isso, o aumento da desigualdade social. A Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que instituiu o novo regime fiscal ao limitar o crescimento dos gastos públicos por 20 anos, foi um dos instrumentos do Estado brasileiro para, no lugar do atendimento das necessidades humanas, atender ao capital (PEREIRA; PEREIRA, 2021). Ainda, em meio aos últimos anos de desgoverno, houve retrocesso nos programas de geração de renda, transformando o Programa Bolsa Família, o maior programa de distribuição de renda e utilizado como modelo para diversos países, em Auxílio Brasil, cuja duração, como se esperava, foi de apenas um ano. Ou seja, a alteração do programa foi uma estratégia política para a tentativa de reeleição de Bolsonaro, atualmente inelegível por oito anos.

Em uma de suas primeiras decisões, o governo atual reestruturou e recriou o Programa Bolsa Família, com novos critérios e os maiores valores já vistos em programas de geração e transferência de renda. Os atuais valores são de R\$ 600,00 de valor mínimo, com o adicional de R\$ 150,00 para crianças de até seis anos, R\$ 50,00 para gestantes, crianças e adolescentes de sete a dezoito anos, e a renda per capita de R\$142,00, o que provocou a “[...] retirada de 18,5 milhões de pessoas da linha da pobreza” (BRASIL, 2023b).

Como Sá, Miranda e Magalhães (2020, p. 28) afirmaram: “[...] a velocidade de sua transmissão [da covid-19] e a incapacidade dos sistemas de saúde responderem oportunamente

deflagram [...] uma crise sanitária que evidencia a interdependência entre os processos ambientais, econômicos, sociais, culturais e políticos”.

A Política de Saúde no Brasil foi testada na pandemia quanto à sua capacidade de oferecer respostas rápidas e necessárias aos efeitos da contaminação viral na vida das pessoas, com oferta de serviços de alta complexidade, o que significou que a sua própria força de trabalho, os profissionais da saúde, não pôde entrar em isolamento, uma das principais medidas preventivas à covid-19 antes da disponibilização da vacina (COHEN *et al.*, 2023). Um estudo revelou que os desafios para a saúde pública durante a fase mais grave da pandemia foram multifacetados: “[...] escassez de insumos, recursos humanos, infraestrutura em saúde, disponibilidade de testes diagnósticos, sobrecarga na jornada de trabalho dos profissionais de saúde, e taxas de morbimortalidade” (SANTIAGO *et al.* 2021, p. 74).

Essa realidade recente nos remete às origens da Política de Saúde no Brasil, quando, por séculos, esta não era considerada um direito social de todas/os as/os brasileiras/os. Na época de Estado liberal no país, a proteção social era oferecida para grupos de trabalhadores de determinados ramos de produção, estando os direitos sociais condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva. A este tipo de relação, Wanderley G. dos Santos, no seu livro *Cidadania e justiça*, de 1979, denominou de “cidadania regulada pela condição de trabalho”. Para a massa de brasileiras/os que não tinham acesso ao trabalho e dependiam da caridade, recebendo ações de caráter emergencial e estigmatizantes, isso também não se caracterizava como uma relação de direito social, mas “[...] relação social como de cidadania invertida, já que o indivíduo ou grupo-alvo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social” (FLEURY, 1994, p. 108).

Posteriormente, quando o Estado passa a precisar intensificar sua participação no circuito produtivo no cenário internacional, começa-se a instituir uma política de alcance nacional, com ênfase em dois eixos: a saúde pública e a saúde previdenciária, quando “[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil era confusa e complicada” (PAIM *et al.*, 2015, p. 21). Ao longo do século XX, foram desenvolvidos programas de saúde no país, mas todos de forma pontual, como as campanhas sanitaristas para tratamento das epidemias de febre amarela, peste e varíola, tendo como um dos pioneiros o médico epidemiologista Oswaldo Cruz, que começou a pesquisar dados epidemiológicos da saúde da população.

Quando se aborda o direito à saúde, mas ainda não para toda a população, logo se pensa na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que foram adquiridas com a luta de trabalhadores no Brasil. As CAPs eram geridas pelos próprios trabalhadores de determinadas empresas e segurados, que ofereciam aos da ativa e aposentados medicações, consultas e

exames. Após, essas caixas se tornaram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que, além de terem as contribuições dos empregados e empresas, eram financiados pelo governo. Para as pessoas que não tinham emprego, o acesso à saúde se dava nas Santas Casas de Misericórdia (WESTIN, 2019). Ou seja, essa parcela da população tinha a cidadania invertida.

Por muitas décadas, a saúde no Brasil, conforme Paim *et al.* (2015), ficou dividida entre três subsistemas:

- a. Subsistema Saúde Pública, que tinha ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade. Esse subsistema era composto por sanitaristas brasileiros formados nos Estados Unidos, mas com ações voltadas para determinadas doenças;
- b. Subsistema Medicina do Trabalho: após o grande crescimento econômico e industrial durante o governo de Juscelino Kubitschek, a saúde pública teve destaque, e, no mundo do trabalho, as empresas fizeram contratos com empresas de saúde para que seus funcionários não ficassem sem assistência médica;
- c. Subsistema Medicina Previdenciária: tinha o objetivo de ofertar assistência em saúde aos trabalhadores e contribuintes. Ou seja, havia oferta de acesso somente para os funcionários de empresas que tinham vínculos formais; os demais precisavam pagar pelo custeio da saúde ou depender da caridade e da filantropia.

A partir de 1975, tiveram início as legislações que irão dialogar com o movimento da Reforma Sanitária e a implementação do SUS, através de movimentos sociais, estudantes, pesquisadores, populares e profissionais da saúde que defendiam a democratização da saúde (PAIM *et al.*, 2015).

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, é que são sistematizadas as primeiras ideias de uma reforma na área da saúde, com uma nova base que proporcionasse a universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização. Esses princípios foram construídos pelo movimento da Reforma Sanitária. Segundo Sérgio Arouca: “[...] essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população” (FIOCRUZ, 2021). Como consequência do movimento da Reforma Sanitária, o direito à saúde para todos é instituído na Constituição Federativa do Brasil de 1988, que traz no seu artigo 6º: “São direitos sociais a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, à proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado em 1990, através das Leis nº 8.080 e 8.142, não somente como um sistema, mas como um meio de considerar a saúde na sua totalidade e dentro de uma visão ampliada, considerando o trabalho, lazer, território, cultura, e sendo, pela primeira vez, um direito social dos brasileiros.

Em razão da Reforma Sanitária, da Constituição de 1988, criação do SUS e do movimento da Reforma Psiquiátrica, tem-se a lei que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), versando sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A mencionada reforma surge a partir de 1978, devido a denúncias de psiquiatras, demonstrando situações de violência às quais eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos. Essas denúncias resultaram em diversas paralisações dos profissionais da saúde mental, o que levou o governo da época a decretar a proibição de qualquer tipo de greve nos setores considerados importantes, e não a verificar o que estava acontecendo (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica era a desinstitucionalização, que vem como marcador no cuidado em saúde mental. A reforma ocorre alinhada ao SUS, com a questão da territorialização e nos espaços substitutivos aos de privação de liberdade, fazendo sucessivas aproximações do usuário com a sociedade e vice-versa e ressignificando o estigma da loucura. A Reforma Psiquiátrica é um processo de “[...] reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de lidar com o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade” (DIAS, 2012, p. 1025).

Com base nesse movimento e em legislações estaduais e nacionais, constituem-se as Políticas de Saúde Mental e de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, em 2002 e 2003, respectivamente. Ambas trazem, como objetivo principal, o pressuposto de o usuário ser atendido no seu território de referência. Pensar no território é pensar no cuidado em liberdade, um “[...] lugar de referência e cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e familiares” (BRASIL, 2015, p. 9). Nessa perspectiva, foram inseridos nos territórios os Centros de Atenção Psicossocial, sejam eles especializados em álcool e drogas (Caps-ad) ou não, que, segundo a Portaria nº 130, de 2012, consistem no:

[...] ponto de atenção do Componente da Rede de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoa com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas com

funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (BRASIL, 2012a).

Também existem as modalidades I e II (Caps I e Caps II), onde acontece a materialização do cuidado em liberdade, priorizando o território de vida da pessoa, levando em conta o seu transtorno mental com o direito à cidade, e assegurando o acesso e a inserção em diversas políticas sociais (ROSA, 2018), consideradas unidades de saúde, com foco em um atendimento em saúde integralizado e multiprofissional.

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas vem com a perspectiva de estimular os profissionais das instituições a pensarem e planejarem junto com o usuário o seu plano terapêutico singular (PTS). Dentro dessa perspectiva, o PTS deve ser construído de forma multiprofissional, com vistas a um trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, inclui-se a rede socioassistencial e a rede comunitária no tratamento, para que se tenha um trabalho de forma coletiva, compreendendo o usuário na sua totalidade.

Em 2011 é constituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) por meio das Portarias nº 3.088, 3.089 e 3.090 (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c), tendo como objetivo a articulação de todos os serviços que compõem a atenção à saúde, desde a atenção primária (unidades de saúde, unidades básicas de saúde, estratégias de saúde da família), os serviços especializados em saúde mental (Caps, Serviços Residenciais Terapêuticos), até os serviços de alta complexidade (hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, unidades de pronto atendimento e espaços para fortalecimento de vínculos e reabilitação psicossocial – cooperativas e oficinas de geração de renda) (AMARANTE; NUNES, 2018). Em Porto Alegre, como exemplo, existe o serviço Geração Poa Oficina Saúde e Trabalho, que promove ações em saúde, educação, cultura e economia solidária através do trabalho para usuários/as em tratamento na rede de saúde do município (LEITE *et al.*, 2013).

Posteriormente, com a criação da Portaria nº 3.588, de 2017 (BRASIL, 2017a) – que, além de instituir os Caps IV, para atender “[...] pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, inclui novamente leitos em hospitais psiquiátricos, fornecendo financiamento e autorizando esse tipo de tratamento com aumento de leitos e repasses de valores às comunidades terapêuticas – há um retrocesso dos avanços instituídos na Política de Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica.

Algumas das atividades que funcionam com a lógica da Reforma Psiquiátrica são as realizadas pelas equipes da atenção básica no território, que são as equipes de estratégia de saúde da família (ESF). Tais serviços “[...] funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado

longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente” (BRASIL, 2011d, p. 14). Essas equipes servem de referência às equipes especializadas a fim de construção de vínculos com a população e para compor o matriciamento em saúde mental.

Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (Nasf) são as equipes especializadas que “[...] servem de apoio para a consolidação da atenção básica no Brasil, ampliando a rede de ofertas de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações” (BRASIL, 2017b), e realizando a atividade de matriciamento entre a atenção básica e o nível de média complexidade da saúde, no caso, com os Caps (BONFIM *et al.*, 2013). Porém, houve uma drástica redução de equipes de Nasf em todos os municípios do país. A causa desse desmonte foi a implementação do Programa Previne Brasil – Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece nova forma de financiamento do custeio da Atenção Primária em Saúde no SUS; o resultado foi que “[...] verifica-se a ausência de medidas de valorização e estímulo à implantação dos referidos núcleos nos municípios” (CFESS, 2020).

Um fenômeno que envolve diretamente a saúde e a saúde mental da população é a problemática relacionada ao uso de drogas, tema que vem sendo discutido mundialmente nos últimos anos pelas mais diversas áreas do conhecimento. Por se tratar de uma problemática que envolve diversos atores, como a família, a sociedade, o cotidiano, a saúde e as relações sociais, o uso de drogas acaba se tornando um assunto de grande relevância para os/as assistentes sociais na contemporaneidade, ainda mais após período de pandemia, quando se sabe que o uso de álcool e outras drogas teve um aumento, como veremos a seguir.

Os números de pesquisas recentes divulgadas pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *Relatório mundial sobre drogas*, revelam que houve um aumento de 26% no uso de drogas em relação a uma década atrás (UNODC, 2022). O *Relatório global sobre cocaína 2023* relata que houve um aumento de 35% no cultivo de coca de 2020 a 2021. Ainda, a produção mundial de ópio registrou um aumento de 7% entre 2020 e 2021 (CONSUMO..., 2023). Ainda que não seja possível trazer o aumento do uso de drogas com a pandemia de forma mais detalhada, estudos apontam que há um aumento no mercado de drogas e um impacto nas classes mais vulneráveis, devido à falta de emprego e renda, levando ao uso e ao tráfico como sustento (UNODC, 2020; FGV..., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo (OMS, 2006). O uso de drogas acaba se constituindo como um relevante assunto para se pensar as necessárias medidas de prevenção, tratamento e abordagens de redução de danos, assim como o uso problemático. A política pública relacionada às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas

sempre teve forte ligação com a medicina e a justiça, existindo essa dupla ligação jurídico/criminal até hoje (GULJOR; PINHO, 2023).

O uso de drogas é um fenômeno antigo, e, historicamente, as pessoas sempre as utilizaram para realizar diversas atividades do seu cotidiano, sejam elas terapêuticas, sociais, de caráter religioso, estéticas ou em busca de prazer, situações essas sempre ligadas às suas necessidades. Atualmente, objetos que antes eram considerados de luxo e pertencentes a uma determinada classe social, estão disponíveis em grande escala, como o açúcar, o café, os chás, o tabaco, os opioides, que foram regulamentados e disponibilizados como as drogas do cotidiano da vida moderna, ainda que a sociedade não os assuma nesse sentido (CARNEIRO, 2002).

Segundo Carneiro (2002), Marx traz em suas obras que essas necessidades humanas acabam sendo mercadorias, e, por esse motivo, certas drogas acabaram sendo regulamentadas e aceitas, enquanto as drogas ilícitas, por girarem um alto capital, acabam ficando na clandestinidade do consumo. Assim, esse segundo grupo acaba enriquecendo as máfias, as polícias, os bancos, a indústria farmacêutica, e assumindo um controle em cima dos corpos, exercido também através de testes de urina requisitados por empresas, concursos e barreiras policiais.

Esse histórico não significa que se banalizem alguns padrões de consumo e modos de consumo, mas chama-se atenção para ele para que se reconheça o papel desse consumo nas necessidades do ser social. Anda, não se pretende aqui desconsiderar ou diminuir o fato de as drogas originarem certo grau de dependência que pode alterar o cotidiano das pessoas em situação de uso de drogas (BRITES, 2017).

Os/as usuários/as que frequentam os serviços Caps-ad em Porto Alegre já estão em um uso problemático de álcool e/ou outras drogas. Os serviços que prestam atendimento aos usuários de drogas são instituições do poder público ou privado em formato de parcerização, responsáveis pela maior parte dos Caps-ad na cidade de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2021a).

De acordo com a Portaria nº 130, de janeiro de 2012, a equipe mínima necessária para um Caps é composta por: um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, cinco profissionais de nível universitário (pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, e educador físico), quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio, e um profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

O fato é que, como dito anteriormente, há alguns anos que a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas vem tendo algumas mudanças na legislação, aumentando e recriando as velhas estratégias, que não condizem com a Reforma Psiquiátrica (COSTA, 2019; PASSOS *et al.*, 2021). O incentivo a internações e principalmente a financeirização de comunidades terapêuticas se soma a outro retrocesso, o da eliminação da estratégia de redução de danos (RD) na atenção à saúde mental para as pessoas com uso prejudicial de drogas.

A estratégia de redução de danos constitui-se como orientador estruturante das intervenções onde o cuidado às pessoas foi adotado em detrimento da “guerra às drogas”. Neste sentido, assume a questão do uso prejudicial de drogas como uma questão de saúde pública e não moral ou policial. Pressupõe adoção de critérios de baixa exigência em diálogo com a proposta de colocar a doença entre parênteses, ou a droga entre parênteses e voltar-se para as necessidades do sujeito. A garantia do direito à saúde é pressuposto estruturante do direito à vida e, deste modo, a construção de políticas públicas de saúde sobre drogas é compreendida como cuidado às pessoas que usam drogas e não mais ao combate à droga usada pela pessoa. (GULJOR; PINHO, 2023, p. 56).

A estratégia de RD surgiu no Brasil em meados de 1989 e utilizou como inspiração estratégias já usadas na Europa, que tinham como principal objetivo a redução dos índices de HIV e AIDS, substituindo as seringas por descartáveis. Após, a iniciativa passou a se expandir para outras áreas, para a prevenção dos danos causados por álcool e outras drogas, principalmente em meio à população em situação de rua, a fim de informar, educar e sensibilizar para estratégias que não fossem apenas de não usar (GULJOR; PINHO, 2023).

Segundo a cartilha fornecida pelo Ministério da Saúde (MS) e criada pela Associação Brasileira de Redutora de Danos (Aborda), Rede Brasileira de Redutores de Danos (Reduc) e Rede Latino-Americana de Redução de Danos (Relard), são algumas propostas da RD:

Quadro 2. Redução de danos

ÁLCOOL	CRACK	COCAÍNA	TABACO
Ingestão de água e líquidos não alcoólicos e de vitaminas do complexo B, nutrição adequada, evitar atividades incompatíveis com embriaguez.	Beber muito líquido, usar cachimbo individual e com filtro; reservar tempo para dormir e comer; misturar maconha ao crack ou trocar o crack pela maconha.	Beber muita água, usar equipamento próprio seja para cheirar ou se injetar (seringas só individuais e limpas), fracionar as doses, lavar as mãos antes de preparar doses injetáveis; usar água destilada; injetar lentamente para avaliar o efeito.	Reduzir o número de cigarros; não usar “baixos teores” que levam ao consumo de maior número de cigarros para obter a mesma satisfação, portanto, com mais risco de câncer; tentar outras fontes de nicotina: adesivos, gomas de mascar; aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C; controlar outros fatores de risco para infartos: obesidade, sedentarismo e ansiedade.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2023c), sistematizado pela autora.

Com a visão punitiva das drogas, abre-se precedente à “guerra às drogas”, uma guerra que tem recorte de cor e classe. No Brasil, quem mais é vítima dessa guerra são os jovens negros da periferia, explicitando uma guerra que não é contra as drogas, e, sim, contra esse grupo populacional. Na periferia, quase todos os dias morre algum jovem vítima dessa guerra; é quando a vítima é uma criança, no entanto, que a morte é noticiada, causando choque e surpresa na população, mas esse choque logo passa, evidenciando que a sociedade aceita o assassinato de certos grupos populacionais (FERRUGEM, 2020). Para Ferrugem (2020), essa temática é pouco discutida, precisando ter mais espaços para tanto. O proibicionismo é pensado para diminuir o uso de álcool e outras drogas, mas vemos no cotidiano que não é isso que acontece; ainda, ele é marcado pela violência nas abordagens, na resolução de conflitos e exclusão social (FUZINATTO, 2021).

No último (des)governo, vivenciamos o que os autores Guljor e Pinho (2023) chamam de *contrarreforma psiquiátrica no Brasil*, que é um conjunto de ações em torno das legislações

e mudanças na Política de Saúde Mental e Drogas a fim de redirecionar recursos públicos para o setor privado, com o retorno de alguns procedimentos que já não faziam parte dos tratamentos listados na Reforma Psiquiátrica brasileira. Com isso, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – Senapred, órgão fiscalizador das comunidades terapêuticas (CTs). As CTs obtiveram um grande aumento tanto em instituições cadastradas quanto em recursos repassados pelo governo, enquanto os Caps tiveram apenas recursos mínimos repassados a eles.

Segundo Guljor e Pinho (2023), em 2021, o orçamento dos Caps para todo o país foi de um bilhão e 230 milhões para 2.742 Caps habilitados e distribuídos em 1.845 municípios, e 430 equipamentos Caps-ad. Já as CTs conveniadas com a Senapred chegaram ao orçamento de 600 milhões, sem contar com os recursos dos governos municipais e estaduais. Só nessa comparação, as CTs já somam 50% do orçamento da Raps e um valor muito maior do que a rede dos Caps-ad (430 equipamentos).

No atual governo Lula, já estão sendo repensadas questões para uma nova política de saúde mental. Algumas mudanças já foram feitas, como a revogação da portaria MS nº 3.588/17, a portaria das CTs, e o lançamento da Portaria GM/MS nº 660/23, que aumenta os valores de repasse para os Caps e Caps-ad. Essa última foi assinada pela ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante a 17ª Conferência Nacional de Saúde, em conjunto com outra portaria que também aumenta os recursos para os Serviços Residenciais Terapêuticos. Desde que ingressou como ministra da Saúde, Trindade deixou claro que iria priorizar os serviços de saúde mental no SUS, tendo em vista a atual conjuntura mundial. Também foi criado o Departamento de Saúde Mental (Desme), dentro da pasta do Ministério da Saúde, a fim de repensar a organização da política, os custos e priorizar um assunto tão importante para o momento da saúde brasileira.

2.2 GÊNERO E COTIDIANO

No processo histórico de criação de políticas sociais, a família vem tomando um espaço importante de auxílio na tomada de decisões, mas é importante que a família não fique como a única responsável pelo cuidado no cotidiano.

Para se adentrar nesse tema, realizaremos uma revisão na literatura da teoria marxista e, para tal, usaremos o clássico de Friedrich Engels (2000), *Origem da família, da propriedade privada e do Estado*.

Engels inicia a obra falando sobre uma das primeiras configurações de família, que é “O direito materno”. Nessa concepção, a mulher era a responsável pela descendência, pois não havia critérios para se relacionar sexualmente. Assim, havia uma dificuldade de se saber a paternidade da criança, e a mulher ficava responsável por esse poder. Esse era o modelo primitivo de família, anterior ao nascimento da noção de família. Em um segundo momento, as relações sexuais entre pais e filhos são excluídas, mas ainda há relações sexuais entre irmãos e irmãs, ocasionando famílias constituídas por gerações e denominadas de consanguíneas. Essa situação é reconhecida como um primeiro progresso na criação do conceito de família.

Em um terceiro momento, temos a família punaluaana, em que as relações sexuais entre irmãos e irmãs são excluídas, e cria-se as categorias de sobrinhos e sobrinhas, primos e primas, surgindo, assim, as relações matrimoniais de grupos, o que Engels (2000) irá chamar de “comunidades comunistas”. Nesse momento, são instituídas as “gens”, que são grupos fechados de parentes com o mesmo laço consanguíneo do lado feminino. Ou seja, a mulher continua sendo a responsável pela criação das famílias, que não podem se relacionar entre si devido às características comuns, e, sendo assim, se diferem de outras tribos. Devido a essa dificuldade das relações, acaba surgindo uma nova concepção de família, a sindiásmica, em que o matrimônio ocorre no formato de pares, e a união de grupos se faz aceitável como um direito dos homens.

Com a família sindiásmica estruturada e a proibição dos matrimônios em formato de grupo, surge a família monogâmica, que se efetiva como uma opressão das mulheres, tendo em vista que elas agora deveriam saber “os verdadeiros pais” de seus filhos, e fazendo do homem proprietário delas, dos escravos e de seus meios de produção. Todavia, já existia a divisão sexual do trabalho antes de a monogamia existir. Esse poder do homem sobre os escravos, a família e os meios de produção, é denominado de patriarcado. Sob esse modelo de organização, é de responsabilidade da mulher o cuidado da casa, sendo essa atividade não mais considerada como um dos meios de produção de riqueza. O patriarcado está muito presente na sociedade atual, tendo em vista o modo de produção capitalista³.

A partir desse histórico, será possível compreender a atual conjuntura do tema de famílias. A família não é o tema central do nosso projeto, mas ela perpassa todos eles, e, para chegarmos na categoria *gênero*, é imprescindível falarmos sobre ela. A inclusão das famílias

³ No modo de produção capitalista, os homens detêm mais poder do que as mulheres, no sentido de as funções de reprodução social (o cuidado com a casa e com os filhos, a vida privada) serem de responsabilidade das mulheres, e o trabalho de produção (o trabalho fora, o capital, a vida pública) ser de responsabilidade do homem, excluindo-se, assim, as mulheres do mercado de trabalho, como abordaremos mais em frente.

no cuidado, proteção e segurança das pessoas que compõem os grupos de saúde mental, vem a partir da Lei nº 8.742, de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993a), sendo que, anteriormente, essa inclusão era tratada de forma lateral. A partir da Lei nº 10.216/2001, referente à Reforma Psiquiátrica, a família começa a ser vista como parte integrante da saúde mental, trazendo o usuário e ela como protagonistas do tratamento e dando visibilidade e autonomia para os usuários.

Também é criado o Programa Saúde da Família (PSF) na atenção básica à saúde e o cargo de agente comunitário de saúde, cuja atribuição é compor a equipe de saúde e acompanhar a situação de saúde das famílias nos territórios (BRASIL, 1990a, 1990b, 2010). Faleiros (2013, p. 2) traz que a categoria *cuidado* é, no Estado de direito e democracia, “assegurar a autonomia, reverter as discriminações, desenvolver a autoestima, incluir sujeitos em serviços e direitos, como propõe, aliás a visão humanizadora da Política Nacional de Assistência Social [...]”.

Para que os atendimentos em saúde mental sejam realizados de forma integral, é necessária a inclusão da família, seja em atendimentos individuais ou grupais, como preconiza a Lei nº 10.216. Nesse sentido, é necessário que, nos atendimentos, a família seja incluída como pertencente ao tratamento, e não somente como um agente facilitador da comunicação entre equipe e usuários do serviço (ROSA, 2018).

Dentro do escopo das famílias que frequentam o Caps-ad, mais precisamente em relação a quem exerce o cuidado das pessoas em uso de drogas, a figura feminina representa um grande número, sendo necessário que os profissionais se atentem minuciosamente para esse detalhe, para que a figura masculina também apareça nesse relato de cuidado (necessário incluir, chamar também a figura masculina) (ROSA, 2018).

Atualmente o conceito de família é complexo e expandido. Conforme Payá (2017), “Não existe um único conceito de família. Ela é definida muito mais pelos laços afetivos do que por consanguinidade”. Para Minayo (1999, p. 89), essa versatilidade que dá corpo à família é trazida como:

[...] uma organização social complexa, um microcosmo da sociedade, onde ao mesmo tempo se vivem relações primárias e se constroem processos identificatórios. É também um espaço onde se definem papéis sociais do gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases do poder. É ainda o lócus da política misturada no cotidiano das pessoas, nas discussões dos filhos com os pais, nas decisões sobre o futuro, que ao mesmo tempo tem o mundo circundante como referência e o desejo e as condições de possibilidade como limitações. Por tudo isso, é o espaço do afeto e também do conflito e das contradições.

A família dentro dessa organização social pode exercer tanto o papel de risco, sendo influenciadora ao consumo de álcool e outras drogas, por motivos diversos, como pode ser um fator de proteção contra um uso de drogas prejudicial. E mesmo que haja na família uma predisposição genética ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, uma família que exerce o cuidado em um contexto amoroso e afetuoso, está exercendo a proteção (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Segundo o *Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos* – Lenad (LARANJEIRA *et al.*, 2013), para cada pessoa em situação de uso de drogas, existem outras quatro pessoas da família envolvidas e convivendo com essa problemática. Estima-se que mais de 25 milhões de indivíduos brasileiros residem com um membro usuário (PAYÁ, 2017). Esse levantamento também mostra que a família leva em média 46 meses para buscar a primeira ajuda, em geral internação, o que sugere que a família com um membro em situação de uso de drogas passa por uma série de enfrentamentos e sofrimentos até receber atendimento especializado.

Sabe-se que o cotidiano das famílias com uma pessoa em situação de uso de drogas é intenso nos aspectos físicos, financeiro e de relações interpessoais e sociais, sendo que, do ponto de vista subjetivo, o impacto dessa convivência pode ser caracterizado por sentimentos negativos, como tensão, estresse, preocupação, estigma, raiva e culpa (LARANJEIRA *et al.*, 2013).

Segundo Netto (1989), o cotidiano é “a vida de todos os dias”, e nele aparecem a dialética e o processo de modificação das relações. O autor, citando Lukács, traz que é na totalidade do cotidiano que se reconhece os fatos, e não na totalidade somando-se as partes, mas, sim, vendo cada uma. Sendo assim, o cotidiano dessas famílias é que irá demonstrar os vínculos, os direitos, deveres e as fragilidades envolvidas nesse cotidiano das relações familiares.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) afirma que, independentemente dos formatos e configurações que a família pode assumir, ela é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando os espaços que frequenta e sendo a geradora de vivências comunitárias. Porém, a família é um espaço contraditório, e sua dinâmica do cotidiano é marcada por conflitos e desigualdades; ainda, na sociedade capitalista, a família é fundamental no âmbito da proteção social (BRASIL, 2005). As famílias são o alicerce principal da PNAS, que busca criar, com esses sujeitos, possibilidades de inserção social para garantir sua sobrevivência, o abrigo das suas demandas e os interesses particulares e comunitários (GUEIROS; SANTOS, 2011).

Nesse sentido, na sociedade capitalista em que vivemos, as reproduções das relações sociais se dão a partir do modo de vida apresentado no cotidiano, envolvendo os usuários na sua produção de subjetividade através das lutas sociais, das relações de poder e da oposição de classes (BEHRING, 2009). Nas relações sociais, a família é um ponto de apoio da proteção social, mas não é a única responsável por tal proteção. Cabe ao Estado prover a proteção da sociedade e não intervir apenas quando há um desgaste nesse suporte primário, atentando-se para os cuidadores de forma a fornecer o suporte necessário para que a família se sinta cuidada, para que supere as dificuldades e seja aliviada sobrecarga da tarefa de cuidar – principalmente em relação aos enfrentamentos pelos quais as mulheres passam no cuidado daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e drogas. Se faz necessário que as políticas sociais se adaptem aos novos papéis que a mulher exerce na sociedade, bem como é importante não “masculinizar”, como quando se pede que as mães solas sejam mais “homens” na hora de lidar com determinada situação (FALEIROS, 2013).

Para Mioto (2010), a abordagem com famílias é desafiadora e requer qualificação profissional. Entretanto, por vezes, o trabalho com as famílias é contraditório, pois a sociedade não vê esse trabalho como algo garantido nas políticas públicas, mas sim como “uma ajuda àquela família que tem uma pessoa em situação de uso de drogas”. A autora recorre a:

[...] a categoria da totalidade, como possibilidade de compreensão do objeto de trabalho e a categoria da integralidade como princípio de atenção. Isso implica que, para o desenvolvimento do trabalho com famílias é necessário conhecimento sobre os sujeitos privilegiados das ações profissionais que, de acordo com a perspectiva apontada, seriam: as famílias, as instituições e os sujeitos organizados da sociedade civil, tais como conselhos de direitos, movimentos sociais, dentre outros. (MIOTO, 2010, p. 12)

Entende-se que o trabalho com famílias é heterogêneo, uma vez que, além de ser um espaço de educação e formação de indivíduos, também se configura como um espaço de proteção social, através de políticas públicas. “É construída [a família] e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado” (MIOTO, 2010, p. 167).

A família ocupa um papel importante na estruturação da sociedade, cobrindo muitas vezes lacunas deixadas pelas políticas públicas, porém, como dito anteriormente, esse cuidado passa a ser visto como uma obrigação: responsabiliza-se o indivíduo e as suas famílias pelo seu bem-estar, sendo essa responsabilidade atribuída especialmente às mulheres, devido à questão de gênero que permeia a sociedade (YAZBEK, 2018).

Desde o golpe de 2016, o conservadorismo vem ganhando força e visibilidade no país, produzindo diversos cortes na educação, saúde e na assistência social. Com isso, a instituição família tem sido mencionada com esse viés conservador, dando a entender que enfrentar as sequelas da questão social compete ao indivíduo e, no máximo, à família, numa perspectiva do familismo (ABEPSS, 2021). Para Miotto (2008), o familismo significa a família como pilar principal e a responsável por diversos atos, devido à ausência do Estado. Dentro desse contexto: “Fala-se do fortalecimento de vínculos familiares como medida de prevenção de possíveis ‘desajustes’, principalmente relacionados às problemáticas de uso abusivo de drogas na juventude [...]” (ABEPSS, 2021, p. 11), desconsiderando-se que a fragilidade dos vínculos advém dos efeitos da questão social (ABEPSS, 2021).

Para o Serviço Social, trabalhar com as famílias é entender que o foco de interesse está nas relações que a família estabelece com a proteção social (MIOTTO, 2010). “Assim, a profissão está envolvida diretamente com a construção cotidiana de sociabilidade capitalista pela mediação dessas políticas, operando dentro de seus limites e de suas possibilidades” (YAZBEK, 2018, p. 189). Sendo assim, o/a profissional assistente social se desafia cotidianamente através do espaço sócio-ocupacional em que está inserido para garantir o acesso da população aos seus direitos.

Sabe-se que ao longo da trajetória feminista, as mulheres reivindicaram a igualdade de diversos direitos, como o direito ao voto, ao trabalho e educação, constituindo-se sempre num movimento por justiça e igualdade. No Brasil, a luta das mulheres por direitos é uma construção social de muitos anos, que, em meados da década de 1980, se institucionaliza com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, através da Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985, que tem como objetivo: “Promover, em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como a sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país” (BRASIL, 1985).

Dentre os objetivos pelos quais o movimento das mulheres lutava e segue lutando, consta a saúde da mulher. Como destaca a *Carta das mulheres brasileiras aos constituintes*, o que se pede é: garantia do atendimento integral, garantia do direito de a mulher ser responsável por conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo, do dever do Estado de garantir métodos contraceptivos gratuitos, ampliando a possibilidade de escolha, entre outras, estando esse movimento de mulheres integrado ao movimento pela Reforma Sanitária (BOLZAN, 2016).

Como efeito dessa trajetória de lutas, em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, incluindo questões relacionadas ao

atendimento e direitos das mulheres. Para fortalecer ainda mais esses espaços de discussão sobre os direitos femininos, em 2004, ocorre a I Conferência Nacional dos Direitos da Mulher, sendo realizadas outras três edições nos anos de 2007, 2011 e 2016. Nesta última, mais de 154 mil mulheres participaram em todo território nacional em conferências livres, estaduais, municipais e intermunicipais (BOLZAN, 2016).

O texto produzido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (2021) aborda a discussão da família tradicional burguesa, com menção da salvação da família, trazendo à tona os discursos de divisão sexual e racial do trabalho e o papel das mulheres:

[...] a naturalização do papel das mulheres nas relações familiares como gestoras dos cuidados e do trabalho doméstico (com particularidades significativas na exploração do trabalho das mulheres negras quando analisamos o Brasil) como um importante suporte para o modelo de família nuclear burguesa, que se estrutura em uma rígida divisão sexual do trabalho, no qual o homem deve atuar como provedor e a mulher como cuidadora e esteio emocional [...]. (ABEPSS, 2021, p. 12).

Segundo o Lenad (LARANJEIRA *et al.*, 2013), a maior parte daqueles que procuram por ajuda para atendimento de seus familiares usuários de drogas, é formada por mulheres, geralmente as mães (46,5%). Estudos internacionais apontam que as principais cuidadoras são mulheres e mães (PAYÁ, 2017). Essas mulheres acabam sofrendo com os impactos negativos causados pelo uso prejudicial do álcool e/ou outras drogas e, ao mesmo tempo, são também consideradas chefes de família, ou seja, possuem a sobrecarga de cuidar do familiar dependente, além dos outros tantos papéis que desempenha no cuidado da família como um todo (LARANJEIRA *et al.*, 2013).

O *care* exercido pelas mulheres na família fortalece os interesses do Estado neoliberal, que, assim, não precisa investir em dispositivos públicos que realizem esse cuidado. Tem-se como exemplo as situações em que as mulheres realizam o cuidado fora de casa, mas também dentro dela, cuidando dos seus familiares; e o fato de que, quando repassam esses cuidados, o fazem para outras mulheres, desdobrando-se em jornadas de trabalho duplas ou triplas (PASSOS, 2018).

Após o período pandêmico, as mulheres foram as que mais sofreram as consequências da covid-19, principalmente as mulheres negras, com cada vez mais papéis atribuídos a elas no seu cotidiano. É preciso discutir as relações de gênero que implicam diretamente diversos aspectos da vida, mas essas relações não estão “sós”, elas andam acompanhadas das opressões de raça e classe.

O racismo está presente na sociedade como algo natural, ainda que a sociedade brasileira o negue. Ele é transversal e perpassa as relações sociais e instituições. Racismo é crime, e é preciso enfatizar o tempo todo que as questões que incluem violência, fome, desemprego, vulnerabilidade, dentre outras violações causadas pelo sistema capitalista no cotidiano, atingem mais as mulheres negras.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc), revelada através de dados do Dieese em 08 de março de 2022, em comparação com 2019, 83% das mulheres negras deixaram o contingente feminino no mercado de trabalho brasileiro. O número de mulheres desempregadas negras foi de 4,4 milhões, em 2019, para 7,3 milhões em 2021. Em relação ao salário, as mulheres negras recebem o equivalente a 55% da hora de um homem branco (ILHA, 2022).

O autor Silvio Almeida, em sua publicação *O que é racismo estrutural?* (2019), traz reflexões sobre esse conceito que abala os diversos níveis da sociedade, pois faz parte da estrutura que a mantém. O racismo estrutural existe nas relações sociais do cotidiano, ou seja, nas situações descritas acima, aparentemente “normais”, de mulheres perdendo emprego na pandemia. Porém, essas ações do cotidiano oprimem e violentam as vítimas. É dentro dessa estrutura da sociedade, nessa escala de “normalidade”, que se criam as condições para a reprodução do racismo estrutural, e, com isso, invisibiliza-se questões como os números acima, que são apresentados como algo normal para o cotidiano das mulheres negras.

Necessário também compreendermos que raça e classe andam juntas nessa discussão de gênero, como mencionamos anteriormente. O autor Almeida traz que, dentro das classes, existe uma divisão que se dá em razão do capitalismo. A sociedade promove essa divisão de classes para mantê-las ameaçada e servir aos interesses do capital.

A divisão de classes, a divisão de grupos no interior das classes, o processo de individualização e os antagonismos sociais que caracterizam as contradições que formam a sociabilidade capitalista têm o racismo como veículo importantíssimo. E negar isso é simplesmente não compreender o capitalismo enquanto forma de sociabilidade. (ALMEIDA, 2019, p. 185).

A relação entre raça, classe e gênero está presente no cotidiano da prática profissional do Serviço Social. Importante salientar que é a partir do conhecimento das problematizações trazidas pelas histórias orais apontadas por pesquisas, utilizando-se do materialismo histórico-dialético, que iremos compreender e conhecer o modo de vida em que os usuários de drogas e dos serviços de saúde se inserem. É através dessas narrativas, carregadas das mais diferentes

vulnerabilidades e de formas de exclusão social, e de uma postura ética e crítica, que se irá reconhecer os sujeitos.

2.3 CUIDADO E TRABALHO

A categoria *cuidado*, na área da saúde, é bastante significativa, havendo diversas pesquisas e trabalhos já publicados sobre esse tema, principalmente na área da Enfermagem. Sabemos que todas as pessoas necessitam de cuidado, seja ao nascer, ao morrer, na velhice, ao adquirir ou desenvolver alguma doença, entre outras situações do cotidiano. Falar de cuidado é falar de bem-estar de todos (PASSOS, 2018).

Passos (2018) traz como uma das categorias principais de seu estudo o cuidado, assim, nos guiaremos pelos seus achados na pesquisa, haja vista que a autora que é referência no tema para o Serviço Social. Ela traz como ponto importante compreendermos o conceito de cuidado a partir de José Ayres (2011), que traz quatro categorias importantes para a definição desse conceito.

A primeira seria a categoria ontológica, categoria baseada nos ensinamentos do filósofo Martin Heidegger, que traz o cuidado como “[...] uma necessidade que acompanha o ser humano por toda a vida” (PASSOS, 2018, p. 25). Tal categoria aborda, sob uma perspectiva fenomenológica, o ser a partir do outro. A segunda seria a genealógica, que tem Michel Foucault como referência teórica, em uma perspectiva do cuidado em si para a arte de viver, como um conjunto de ocupações. A terceira seria a da medicina; o autor traz concepções para classificar a medicina contemporânea, com debates sobre os modos e realidades de se fazer medicina, falando sobre as diversas metodologias que devem ser aplicadas, implicadas na promoção do cuidado na saúde. A quarta é a reconstrutiva; nela, o saber que se constrói junto aos espaços terá voz e vez, ou seja, há uma interação entre ciência do saber e a criação das práticas em saúde, focalizando não somente a questão da doença (PASSOS, 2018).

Com isso, Passos (2017, p. 247) traz a sua concepção de cuidado:

Existem indivíduos que não podem suprir as suas necessidades ontológicas primárias, o que os torna “dependentes” de um outro para supri-las, ou seja, esse outro precisa trabalhar por/para eles. O cuidado é a resposta dessa “dependência”, uma vez que ele é ao mesmo tempo a necessidade do sujeito para existir e a ação para que sejam supridas as demais necessidades ontológicas. Para assegurar a reprodução da espécie humana, é necessário que alguns trabalhem para garantir a existência de outros. No trabalho doméstico e de cuidados, executados pelas mulheres na esfera da reprodução, isso fica mais fácil de ser identificado. O cuidado, que é uma necessidade ontológica do ser social, acabou assumindo o sentido de atribuição feminina, tornando-se parte

dos comportamentos que devem ser ensinados e reproduzidos pelas mulheres, reduzindo completamente a sua essência.

O conceito de cuidado não é único, assumindo dimensões diversas em diferentes áreas. Para Hirata e Guimarães (2012), o cuidado é “[...] processos, relações e sentimentos entre pessoas que cuidam umas das outras”, e inclui-se nessa pequena frase diversas instituições: pessoas, família, Estado, políticas públicas, entre outros. No campo da saúde coletiva, Merhy *et al.* (2019) referem que o cuidado é visto como uma troca, como uma experiência de vida, e que, a qualquer momento, o profissional pode virar usuário, pois cuidado tem a ver com reconhecer a dor do outro.

Em um estudo feito por Dal Prá, Miotto e Wiese (2018), as autoras referem que o cuidado precisa ser abordado e trazido para as discussões atuais tendo em vista o contexto agora vivenciado, em que a família é colocada como a principal responsável por essa atividade. Em alguns países, o cuidado já está sendo considerado uma questão pública. Na América Latina, esse é um processo mais lento e que ainda recai sobre as famílias: “[...] especialmente sobre as mulheres, quando se defronta com a desigualdade e o desequilíbrio presente entre trabalho remunerado e não remunerado e entre mulheres e homens” (DAL PRÁ; MIOTTO; WIESE, 2018, p. 3). Tal visão está presente no Brasil desde a Constituição de 1988, documento que estabelece o cuidado como de responsabilidade do Estado-família-mercado.

Atualmente, a luta das mulheres no combate ao machismo estrutural não está ganha, tendo em vista o declínio dos direitos da classe trabalhadora brasileira com a aprovação da reforma da previdência, em que a dupla jornada feminina (de cuidar) e a diferença dos salários entre homens e mulheres não são levadas em consideração. Para Pereira (2017), as mulheres acabam traçando esse perfil da miséria moderna, com o desmanche do trabalho assalariado aliado à condição de trabalhar até a morte, por nunca terem acesso aos benefícios previdenciários.

Percebe-se que, com os direitos conquistados, a mulher passa, além do trabalho, a ter também essa responsabilidade do cuidado. Em um estudo sobre a qualidade de vida e a sobrecarga dos cuidadores de pessoas em situação de uso de drogas, Laranjeira *et al.* (2013) mostrou que a maioria era do gênero feminino (90,8%). Uma pesquisa realizada nos Caps do Sul do Brasil, revelou também que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade (QUADROS *et al.*, 2012).

A sobrecarga de cuidar do filho, esposo, amigo ou irmão repercute em diversas áreas da vida, atingindo dimensões da vida familiar como saúde, lazer, trabalho, bem-estar físico e

psicológico, a dinâmica dos relacionamentos com os demais membros da família e o convívio social (MATSUDA, 2004; CAMARGO, 2010).

Estudos apontam também que a sobrecarga pode variar, dependendo do grau de parentesco com o familiar e das questões inerentes a ser pai, mãe, irmão, irmã, tio, tia e avó. Segundo Maciel *et al.* (2009), os pais comumente têm a sensação de fracasso quando percebem que seus filhos são adictos, sugerindo um não-êxito na criação desses filhos. Um estudo realizado por Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) aponta que 80% de amostra usada em sua pesquisa (150 familiares de pacientes psiquiátricos no Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte/MG) era de mulheres cuidadoras. Em relação aos pacientes que têm o álcool como a droga de escolha, evidenciou-se que, em geral, as esposas eram as suas cuidadoras (GONÇALVES; GALERA, 2010). A sobrecarga atinge a todos os familiares que exercem esse cuidado, mas a figura materna, devido à forte ligação desde o nascimento, tende a senti-la mais ao cuidar do filho doente, em comparação com outros familiares (BOWLBY, 2015; WINNICOTT, 2012).

Com a pandemia, houve um aumento do cuidado exercido pelas famílias, e uma diminuição daquele exercido pelo Estado, pois crianças, idosos e pessoas com deficiência deixaram de ir para creches, escolas e serviços de convivência devido aos protocolos de saúde e distanciamento. Com isso, observou-se um aumento da sobrecarga de cuidado da mulher, que acaba ficando com mais responsabilidades. Para Faleiros (2013, p. 4):

O cuidado como uma relação política de direitos pressupõe sua inserção na relação profissional emancipatória, na combinação complexa da responsabilidade ética com a inclusão social e política, na consideração das dimensões pessoais e subjetivas e na valorização do humano e da humanidade.

Dentro de um Caps-ad, por nossa experiência de trabalho, observa-se que as mulheres são a maioria das cuidadoras, independentemente do gênero do familiar usuário de drogas. Na pandemia, os grupos terapêuticos estavam suspensos; assim, as famílias também tiveram que assumir a responsabilidade do cuidado das pessoas em situação de uso de drogas, como auxiliar no manejo de fissura, ansiedade, na escuta e auxílio nas medicações, tendo em vista que houve uma diminuição dos atendimentos, que passaram a ser apenas individuais. Tendo como base algumas dessas observações, as autoras Dal Prá, Miotto e Wiese (2018) identificam o cuidado como um tema de importante reflexão e que deve ser incluído nas políticas públicas como um direito social.

Para Passos (2017), é necessário atentar ao uso dessa categoria, pois há uma diferença entre assistencialismo e cuidado e um aumento do uso incorreto dessa categoria (levando para o lado assistencialista). O esvaziamento de produções acadêmicas sobre a categoria *cuidado* também é algo que preocupa, pois acaba-se normalizando o fato de o cuidado ser realizado apenas pelas mulheres. Segundo Hirata (2022), entre as profissões do cuidado em seu sentido amplo, em 2017-2018, as mulheres representavam 56,8% dos médicos e psicólogos e 89,4% de cabeleireiros e esteticistas.

Decidimos trazer a categoria *cuidado* ligada ao trabalho tendo em vista as atuais discussões referentes ao trabalho do cuidado, um dos temas centrais da nossa pesquisa e invisibilizado pela sociedade patriarcal.

As mulheres, cada vez mais, exercem mais atividades no seu cotidiano, é o trabalho de cuidar da casa, dos filhos, da carreira, das finanças, do futuro e de outras casas ao seu redor. Tal movimento, trazido com a globalização, contribuiu para a divisão sexual do trabalho: as mulheres tiveram maiores oportunidades de emprego, mas empregos mais vulneráveis, de condições precárias devido à nova previdência, com menor remuneração e com a privatização de diversos públicos, ficando o cuidado a cargo das mulheres (HIRATA, 2022).

De acordo com Antunes (2015), o trabalho é um dos “centros” que se apresentam no cotidiano; as relações sociais se dão a partir da inserção no mercado de trabalho. Para o autor, o capitalismo não tem interesse em produzir bens duráveis para atender às necessidades humanas, mas, sim, ampliar o valor de troca das mercadorias por meio da exploração da mão de obra e da rápida recuperação, ou seja, é de interesse do capital que o cuidado seja majoritariamente exercido pelas mulheres em vez de pelo Estado. “Logo, na divisão social e sexual do trabalho, no modo de produção capitalista, ficou a cargo das mulheres a atribuição e a responsabilidade de realizar e executar o trabalho do cuidado” (PASSOS, 2020, p. 118).

Iamamoto e Carvalho (2005), em seus estudos das obras de Marx, evidenciam que é através do trabalho que o homem se afirma como um ser social. O trabalho é dissemelhante à natureza, pois é atividade própria humana, seja ela artística ou intelectual. É através do trabalho que o homem irá suprir as suas necessidades.

O contexto das expressões da questão social que fundamenta este trabalho, segundo Iamamoto e Carvalho (2005, p. 77):

[...] as expressões do processo e formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Essa contradição entre a burguesia e o proletariado é fundamental para compreendermos a desigualdade que prejudica a classe trabalhadora. Essa luta dos trabalhadores perdura há muito tempo, sendo necessário que estejamos sempre atentos ao debate e a favor da luta de classes.

Antes mesmo de enfrentarmos a pandemia, a sociedade brasileira já vinha sofrendo com os impactos das reformas neoliberais no mercado de trabalho, como aumento do desemprego, precarização e terceirização ou “parceirização” dos serviços, a partir da reforma trabalhista de 2017 (Lei nº 13.467/2017). Na pandemia as condições de trabalho foram ainda mais precarizadas: houve redução dos salários, extensão da jornada de trabalho, muitas vezes realizada através de plataformas digitais, agudização da dupla jornada de trabalho realizada pelas mulheres e o medo do desemprego, causando pressão e sofrimento mental (POCHMANN, 2020).

As privatizações e terceirizações em diversos setores, agravadas com a pandemia, vêm se mostrando como uma das partes mais desumanas do capitalismo, o neoliberalismo, que nada mais é do que medidas que atacam a população mais pobre, dando ênfase para algumas das expressões da questão social:

As mais importantes expressões da questão social são: o retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos, de gênero e localização geográfica, urbana, rural, além de queda nos níveis educacionais dos jovens. (IAMAMOTO, 2010, p. 147).

A partir do afunilamento da discussão sobre gênero, as questões de raça e classe social ficam ainda mais sobressaídas; dentre as diversas mudanças ocorridas no mundo do trabalho ao longo dos anos, as mulheres, principalmente as mulheres negras, são as que mais sofrem.

No caso das mulheres negras, a intersecção entre gênero, raça e classe vai leva-las a permanecer na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade. Na divisão social, sexual e racial do trabalho, são as negras (pretas e pardas) que ocupam os trabalhos mais subalternos e com menor remuneração, permanecendo na base da pirâmide social, conforme dados já publicados pelo Ipea (2018). (PASSOS, 2020).

Nesse sentido, o cuidado, atribuição dada ao gênero feminino, historicamente, acaba se tornando um trabalho muitas vezes não remunerado e carregado de emoções, indo ao encontro, indiretamente, dos interesses do capital de diminuir os custos e aumentar a reprodução da força

de trabalho. Assim, a mulher abraça essas e outras atividades no seu cotidiano, além da rotina doméstica, passando a enfrentar jornadas triplas de trabalho.

3 “CUIDA...CUIDA DA ROTINA”, MAS E DELA?⁴

Neste capítulo trazemos os resultados encontrados na pesquisa, revelando que foi alcançado o objetivo principal, de conhecer como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho, visando a compreender o contexto em que se inserem junto aos serviços de saúde e demais equipamentos sociais e a colaborar com a criação de políticas públicas.

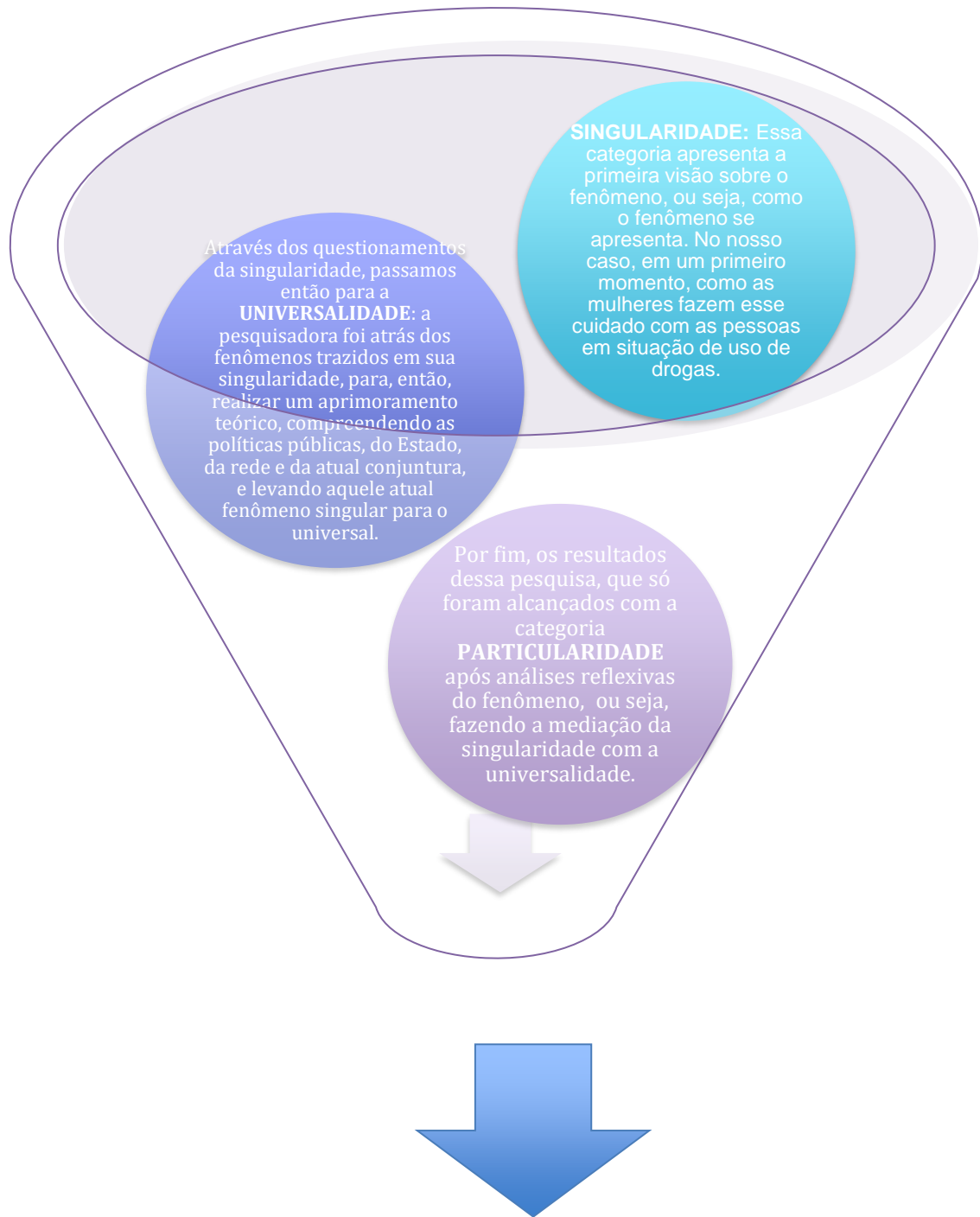
Durante o processo do mestrado, vivenciamos o trabalho como assistente social em dois Caps. No entanto, a maior parte do tempo foi investida em um Caps-ad da rede municipal de saúde mental de Porto Alegre. Constatamos que as histórias muitas vezes se repetem, como diz o ditado, “só muda o endereço”. Ser uma pesquisadora nativa (CAMARGO FILHO, 2019), por vezes, causa conforto, pois dominamos o tema e conhecemos o público de atendimento, há uma familiaridade e intimidade com os termos utilizados nos relatos. Porém, também existem algumas dificuldades, como se desprender do papel de técnico do local, tirar essa “roupagem” para poder escutar de forma minuciosa os relatos tão ricos em detalhes a partir das vivências dessas mulheres.

Foi através desses relatos obtidos pela realização de entrevistas individuais no âmbito do mestrado, com a participação em eventos ligados ao tema, com imersão no cenário de prática de pesquisa – hora como pesquisadora, hora como trabalhadora técnica em outro espaço e em processos de ensino-aprendizagem – através de sucessivas aproximações com a realidade de cada uma, que se realizou um desenvolvimento aprimorado sobre o tema estudado.

Ao analisarmos os resultados, foi preciso ir às categorias centrais do Serviço Social – singularidade, universalidade e particularidade – para apontarmos se a pesquisa atingiu os objetivos. A Figura 1 mostra o significado de cada uma dessas categorias no processo da pesquisa realizada.

⁴ Referência à música “Triste, louca ou má”, álbum *Soltasbruxa* – Francisco El Hombre (2016).

Figura 1. Tríade categorial



É nesse processo de construção, reconstrução e desconstrução da realidade de cada entrevista que podemos chegar aos resultados, de forma espiral, em todo o processo da pesquisa, somando a prática com a teoria e obtendo, assim, a práxis transformadora. Trouxemos o método em Marx (2009) a fim de demonstrar a importância da troca de conhecimento entre a demanda pesquisada e o pesquisador.

Fonte: Elaboração própria.

A partir da figura apresentada acima, a categoria *mediação* torna-se mais compreensível, sendo uma das categorias centrais do movimento dialético. Netto (2011) afirma que a categoria

da mediação, articulada com as categorias *totalidade* e *contradição*, é o núcleo da concepção teórico-metodológica de Marx. A mediação está presente em qualquer realidade, independentemente da condição em que se encontra o sujeito, e, ao entrar no lado reflexivo, ela ultrapassa a aparência para ir em busca da essência, a fim de reconstruir e construir o próprio movimento do objeto (MARTINELLI, 1993).

Após a compreensão do método em Marx – que perpassa as reflexões desta dissertação e contribuiu para que fossem criadas as categorias teóricas que serviram de base para iniciar os estudos – realizou-se a entrada em campo para a coleta de dados, servindo de sustentação para o objetivo geral da pesquisa. As mencionadas categorias são: cotidiano, cuidado, saúde mental e gênero, que foram estudadas a partir da revisão bibliográfica e do referencial teórico apresentados até aqui.

Após o trabalho de campo, que é onde “[...] o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns, se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõe às observações” (MINAYO, 2012, p. 623), foram criadas as categorias empíricas em conjunto com o referencial teórico e as técnicas aplicadas na metodologia. São elas: a sobrecarga, sociedade patriarcal, família, gênero, raça, violência e pandemia, grupos de mútua ajuda, hospitalização, trabalho, lazer e falta de políticas públicas.

Daqui para frente, traremos os resultados a partir de cada objetivo específico traçado no planejamento da pesquisa de dissertação. O primeiro tópico se denomina “*Nunca foi sorte*” – *A rede de apoio que não existe...*, seguido por “*Sempre dou o meu jeitinho, é bruto, mas é com carinho*” – *Os serviços continuam sendo manicomiais*, finalizando com “*Disfarça e segue em frente todo dia até cansar*” – *O não saber cuidar de si*.

Escolhemos trechos de músicas para dar nomes ao último capítulo justamente para dar voz à importância da arte produzida por mulheres nos cotidianos de uma sociedade patriarcal.

3.1 “NUNCA FOI SORTE” – A REDE DE APOIO QUE NÃO EXISTE...⁵

Historicamente e como já apresentado, as mulheres acabam realizando o papel do cuidado na saúde mental, sejam elas remuneradas ou não remuneradas.

Na saúde há muitas pesquisas que falam sobre os cuidadores, em geral na área da Enfermagem. O Serviço Social vem demonstrando interesse nessa temática ao iniciar reflexões e críticas a autores já mencionados ao longo do referencial teórico. A relevância desta pesquisa está na reflexão sobre o cotidiano do cuidado das pessoas em situação de uso de drogas a partir das experiências trazidas pelas mulheres entrevistadas. As suas características estão sistematizadas no Quadro 2, visando um olhar ampliado sobre as participantes e sobre características comuns entre elas, o que será de relevância para os resultados da pesquisa.

Quadro 3. Características das mulheres participantes da pesquisa

Raça/cor	Profissão	Familiar	Grau de Parentesco	Gênero do familiar	Há quanto tempo exerce o cuidado?
Negra	Aposentada	Sim	Mãe	Feminino	+10 anos
Negra	Trabalhadora Assalariada	Sim	Esposa	Masculino	10 anos
Branca	Aposentada	Sim	Mãe	Feminino	15 anos
Negra	Trabalhadora Assalariada	Sim	Mãe	Masculino	10 anos
Branca	Aposentada	Sim	Irmã	Masculino	+ de 30 anos

Fonte: Elaboração própria.

A partir desses dados podemos verificar que cinco mulheres aceitaram participar da pesquisa; dessas, três são negras, três são mães, uma é esposa e uma é irmã da pessoa que requer seus cuidados. Todas possuem renda própria, sendo que três estão aposentadas e duas são trabalhadoras assalariadas. Três realizam o cuidado de usuário de álcool e outras drogas do sexo masculino, e duas de usuária do sexo feminino, e a média de tempo pelo qual elas vêm exercendo esse cuidado é de 15 anos.

A compreensão dos vínculos que compõem a rede de apoio da mulher cuidadora foi um dos objetivos do estudo, e nesta seção iremos transcorrer sobre as categorias empíricas encontradas nas falas das mulheres, que foram: a sobrecarga, sociedade patriarcal, família, gênero, raça, violência e pandemia. Como categorias da realidade, que são aquelas criadas no

⁵ Referência à música “Nunca foi sorte”, de Luisa Sonza (2019), no álbum *O sétimo guardião*.

início da pesquisa, quando o pesquisador pensa sobre determinado assunto a partir das hipóteses geradas, tínhamos: vínculo e rede de apoio (MINAYO, 2001).

Uma pesquisa realizada por Albuquerque, Cintra e Bandeira (2010) entrevistou 90 familiares de usuários de drogas, separados em grupos de 30 pais, 30 irmãos e 30 cônjuges; houve destaque para a presença do gênero feminino em todos eles. Em pesquisa realizada a fim de avaliar a sobrecarga dos familiares, Maciel *et al.* (2018) entrevistaram 115 familiares cuidadoras em busca de informações a respeito da sobrecarga familiar, dessas, 64 eram mães, 21 esposas, 15 irmãs, e 15 tinha outra relação com o usuário. Segundo Rosa e Pereira (2018, p. 93):

[...] ao analisar os estudos sobre a família na saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, evidencia-se que houve intensos deslocamentos na posição dos familiares, convocados a ser parceiros da nova forma de cuidar, comunitária/territorial. Nesse contexto, ganham maior visibilidade às dinâmicas familiares, o protagonismo da família na política de saúde e o perfil dos familiares cuidadores, que a literatura consensualmente remete para o gênero feminino, sobretudo as mulheres, haja vista que na divisão sexual do trabalho, na esfera privativa das famílias, o encargo de cuidar é historicamente a elas destinado.

Conforme as autoras, o papel do cuidar acaba indo para as mulheres como algo normalizado e intrínseco à sociedade. Tal questão apareceu nas falas das mulheres entrevistadas, como se pode perceber abaixo:

“Eles já têm a família deles e aí eu tenho que ligar pro meu filho pra dizer que eu não aguento mais, que eu tô cansada, ‘mãe tu não quer fazer o que a gente te diz mãe, tu não quer, a gente diz, larga ela’, eu digo ‘vocês não tem filha que nem a [...], vocês não tem filha com os problemas da [...]’, entende? Mas assim, de qualquer maneira são homens, acho que mulher é diferente né? Porque meus dois irmãos, nunca ninguém cuidou dos meus pais, eles mesmo estando ali comigo eu pedia ‘me dá duas horinhas para eu poder ir ali pra igreja’ pra não deixar eles sozinhos. Eu saía e eles saíam também, e aí quando eu chegava lá meus pais estavam sozinhos na cama.” (Samambaia).

Percebe-se que as mulheres entrevistadas têm introjetado em si o cuidado ser um papel feminino, papel esse que, por vezes, é uma sobrecarga. Na literatura brasileira, encontramos alguns estudos recentes sobre as sobrecargas familiares de pessoas em sofrimento psíquico, haja vista que pesquisas com o recorte de usuários de álcool e outras drogas é reduzido.

O conceito de sobrecarga é mensurado através do impacto negativo que exerce nas diversas atividades de rotina do cuidador, tais como: de lazer, financeira, de saúde, sociais, de trabalho e outras atividades da vida diária, envolvendo questões concretas e questões

emocionais. O conceito atualmente está subdividido em dois sentidos, objetivo e subjetivo. A sobrecarga objetiva está relacionada ao que implica as questões concretas do cotidiano, e a subjetiva, ligada às questões emocionais (PINHO; PEREIRA, 2015).

“[...] não me chame que eu não vou mais, porque toda vez eu que tenho que agir e eu sempre sou tachada da culpada. Por exemplo, eu saí do meu trabalho, abandonei meu trabalho, vim aqui te atender, te levar pro hospital para garantir de tu não tirar sua própria vida e dos familiares.” (Girassol).

“[...] porque eu tô sempre preocupada. Eu sei que ela tá bem lá, e eu fico contente por ela estar lá, porque eu fico mais tranquila, mas mesmo assim, sabe, ela se revolta comigo, né, então tu fica chateada também. Mas eu sei que é para o bem dela, e eu tenho que aceitar isso aí. Mas eu também às vezes me culpo e fico pensando o que que foi que errei, o que que eu deixei de fazer?” (Orquídea).

Nesses registros podemos ver claramente a sobrecarga relatada pelas mulheres no âmbito do cotidiano do cuidado, incluindo a culpa ligada à questão da maternidade, que podemos associar com o patriarcado presente na relação de cuidado e vínculos. As mulheres participantes da pesquisa, em sua maioria, realizam esse cuidado sozinhas, sem contar com outras pessoas que não sejam outras mulheres:

“[...] ela vivia ali naquela função, era meia-noite, era 11 horas, era 3 horas da madrugada, era 5:00 da manhã. Onde é que tu tá? Tu tá vindo, sabe, e daí ela dizia assim para ‘minha mãe liga, para minha avó’, ‘a minha avó vai saber o que ela fazer’, porque ela sabia que eu me levantava a hora que fosse e ia atrás dele.” (Rosa).

Em um estudo recente sobre “Familiares que procuram internação compulsória para membros usuários de drogas: perfil, expectativas e necessidades”, de autoria de Silva *et al.* (2021), tem-se que 85,1% dos familiares que buscam o Judiciário são mulheres, sendo 61,4% mães de usuários de drogas. Tais dados reforçam os já mencionados do Lenad Família (LARANJEIRA *et al.*, 2013) e trazem à tona a importância de uma nova pesquisa na área, tendo em vista que passamos por um momento pandêmico, quando os números podem ter sofrido alterações devido aos índices do consumo em excesso de álcool e outras drogas, além de outros fatores estressores que condicionam a pessoa que está em sofrimento psíquico, bem como as mulheres e as relações de violência intrafamiliar, categorias também mencionadas pelas entrevistadas.

A violência intrafamiliar é definida por qualquer ausência ou ação que cause dano ou prejuízo ao outro, podendo ser cometida por algum membro da família ou não, tendo como suas

principais vítimas: crianças, adolescentes, idosos e mulheres. Suas formas são as violências verbal, física, sexual, psicológica, patrimonial, ou negligência, afetando diversos segmentos da vida social dos sujeitos, tais como saúde, política, relacional, social e cultural (BRASIL, 2012c; GARCIA, 2016; HABIGZANG, 2018).

A pandemia se instaurou mundialmente em março de 2020, afetando os países de forma diferenciada. No Brasil vivenciamos mais de 600 mil mortes e um processo de ingerência do governo bolsonarista da época, demonstrando ao país e ao mundo um processo de desmonte da proteção social. Com a pandemia, também aumentaram os níveis de violências e violações de direitos, sendo os mais afetados a classe trabalhadora, em especial a população negra, com recorte ainda maior para as mulheres negras – não podemos esquecer que a primeira mulher a morrer de covid-19 no Brasil era negra e empregada doméstica (NUNES; CAVALLI; BRAZ, 2021).

“[...] mas ele não é assim, não tinha aquela compulsão, né? Aquela compulsão daquela do uso de droga até o ano passado [pandemia]. Daí no ano passado ele desenfreado assim de um jeito que não teve controle, né? Tanto é que agora por último, em novembro, a gente chegou ao ponto de internar – coisas que nunca tivemos necessidade antes de fazer isso.” (Rosa).

“[...] foi pior, mas eu acho que de repente o último assim, porque a gente foi buscar ele, eu e minha sogra e aí a minha cunhada, e ele tava bem transtornado, gritou, xingou a gente, mandou a gente embora, falou coisas horríveis para minha sogra, sabe? Ele é adotado, né? E aí a minha sogra que eu digo é a mãe adotiva.” (Margarida).

Segundo os dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (DISQUE 100..., 2023), no primeiro trimestre de 2023, 61,01% das denúncias no Disque 100, são de violações contra o sexo feminino, número um pouco menor que no segundo semestre de 2022 (64,54%) e de 2021 (64,17%). Porém, no segundo semestre de 2020, os números foram ainda maiores (66,52%), o que indica o aumento dos casos de violações na pandemia. Referente ao uso de álcool e outras drogas, segundo o *Relatório mundial sobre drogas*, do Escritório das Nações Unidas (UNODC), de 2022, cerca de 284 milhões de pessoas na faixa etária entre 15 e 64 anos usaram algum tipo de droga em 2020, com aumento de 26% em relação a dez anos antes, principalmente na população mais jovem. Em atendimentos no SUS, foram registrados 400,3 mil pessoas em sofrimento psíquico e uso de álcool ou outras drogas em 2021, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Tentamos localizar dados mais atualizados, mas não os encontramos, pois o governo anterior não se importou em mostrar os números referentes à saúde da população.

De acordo com dados do Observatório Estadual da Segurança Pública (RIO GRANDE DO SUL, 2020, 2021 e 2022), em 2020 foram registrados 55.295 casos de violência contra a mulher; em 2021, foram 53.537; e em 2022, 52.475 casos. Esses dados mostram o quanto, no primeiro ano de pandemia, as mulheres ficaram mais vulneráveis às violências, o que se deveu, ao menos em parte, ao confinamento e distanciamento da rede de apoio (familiares, amigos, trabalho, serviços).

“[...] eu achei que era uma falha, eu me botava, eu colocava defeito em mim, eu achava que eu não era o suficiente, que eu não era uma pessoa né que merecia ter uma pessoa que me apoiasse, do meu lado.” (Margarida).

As mulheres negras, devido à interseccionalidade entre gênero e raça, são atingidas com maior perversidade. Pois, legitimados pelo machismo, os discursos de fragilidade, submissão e inferioridade acabam se sobressaindo. Compreender o racismo presente nas relações de produção capitalista é cada vez mais necessário para que reconheçamos seu impacto na geração de sofrimento nessas mulheres (EURICO; PASSOS; SILVA, 2018).

Durante o relato de Margarida sobre esse cotidiano do cuidado, foi possível perceber o sofrimento de uma mulher negra, trabalhadora, que, ao longo dos anos, começou a constituir a sua identidade para além de uma cuidadora, para além de uma mulher que sofre com os enfrentamentos da sociedade patriarcal e racista, para além de ser “somente a esposa do fulano” e aceitar tudo o que ele falava. Passou a assumir um posicionamento próprio, até então estranho aos olhos de quem estava de fora.

“E aí eu disse não, não enquanto tava fazendo para mim, tava fazendo para mim, eu tava aceitando porque era eu, eu tava sendo a pessoa ali que tava passando por aquilo, quando começou a passar para ela, já pesou demais sabe?” (Margarida).

Esse rompimento que Margarida faz com a reprodução do sofrimento da mulher negra para a filha é algo ainda distante da realidade das famílias brasileiras, que ainda têm naturalizado o sofrimento da mulher negra: “Ela é sempre ‘vista’ como a mais forte e por isso consegue manter-se erguida nas diversas dificuldades. Entretanto, essas dificuldades não são analisadas como estruturantes da sociedade e acabam sendo individualizadas, despotencializando a capacidade das mulheres negras” (EURICO; PASSOS; SILVA, 2018).

Não são muitas as Margaridas que conseguem expor as suas dificuldades e as suas resistências, que conseguem chegar aos espaços de fala e ter voz. É preciso que, para além de

escutar, as políticas de saúde mental as incluíam em seus espaços, para que tenham voz e vez. Impossível não lembrar do romance *Torto arado*, de Itamar Vieira Junior (2019), que discute sobre os direitos de um povo, trazendo, além de outras dimensões da questão social, duas mulheres negras como protagonistas, uma delas ocupando um espaço até então ocupado por homens.

3.2 “SEMPRE DOU O MEU JEITINHO, É BRUTO, MAS É COM CARINHO” – OS SERVIÇOS CONTINUAM SENDO MANICOMIAIS⁶

Neste item iremos discorrer sobre os principais serviços acessados pelas mulheres participantes e suas percepções sobre os atendimentos prestados aos seus familiares usuários de drogas. A luta pelo acesso aos serviços de assistência para produção de um novo cuidado em saúde mental não é de hoje, e sim de alguns (vários) anos, iniciando com o movimento da Luta Antimanicomial, que teve como resposta a Reforma Psiquiátrica (DIAS, 2012). Conforme o artigo 6º da Constituição de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1988).

O maior objetivo da Luta Antimanicomial é que os usuários e seus familiares tenham acesso a um tratamento que englobe questões para além da saúde, com vistas a um atendimento psicossocial comunitário, diferente do que até então as pessoas com sofrimento psíquico vinham recebendo. Com esse objetivo é que foi criada a Raps no ano de 2011, com foco no atendimento para além do espaço hospitalar, dentro dos territórios em rede, incluindo o usuário e o familiar como protagonistas do tratamento, para que houvesse um cuidado em liberdade. A partir do objetivo específico desta pesquisa, tínhamos como base as categorias *rede*, *serviços* e *território*, e surgiram como categorias empíricas: *grupos de mútua ajuda* e *hospitalização*.

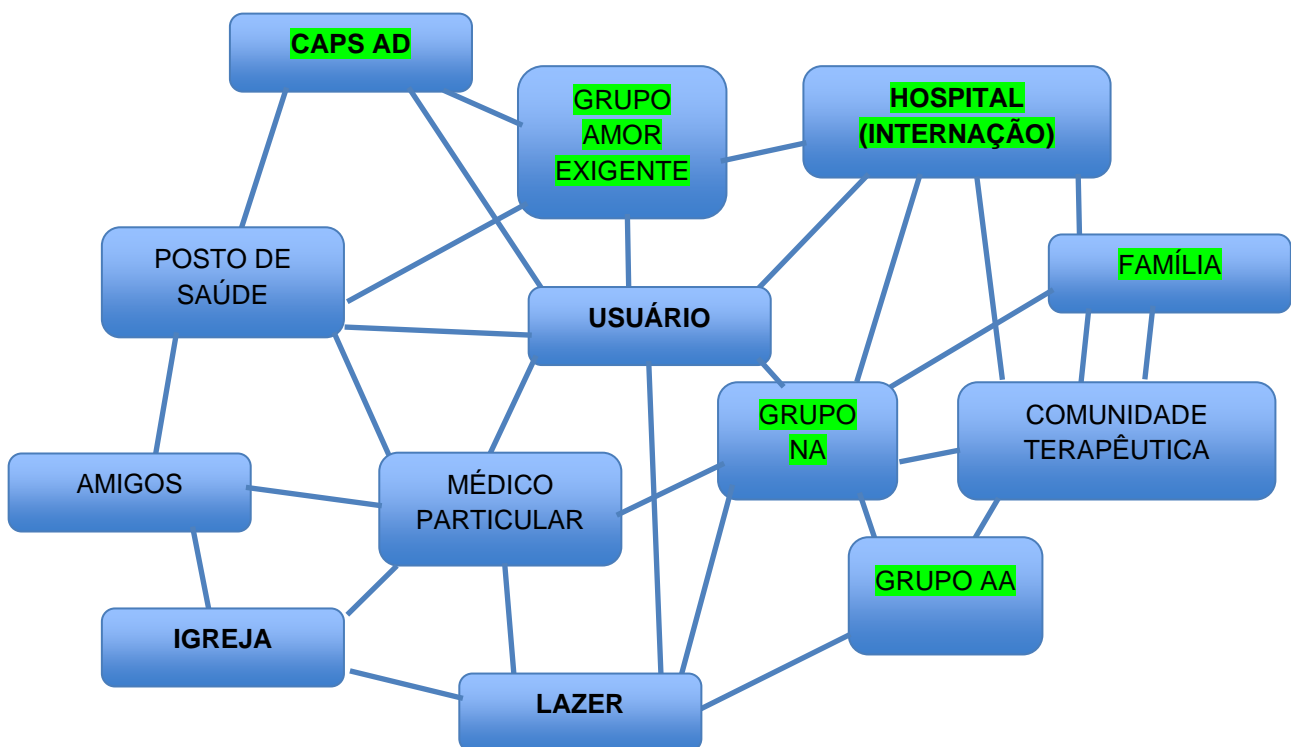
Entende-se por rede intersetorial um conjunto de serviços da assistência social e da saúde que têm objetivos em comum, mas, ao mesmo tempo, cada um tem o seu fazer, a sua práxis para atender às demandas de uma determinada população, em determinado território, com qualidade, eficiência e ética, priorizando a efetivação do cuidado integral. São as chamadas “articulações de rede” realizadas pelos trabalhadores da saúde mental que se organizam a rede de apoio e a garantia de acesso aos direitos da população usuária desses serviços (SILVEIRA, 2023).

⁶ Referência à música “Dona de Mim”, álbum *Dona de mim* – Iza (2018).

Importante salientar que articulação de rede não significa apenas encaminhar o usuário para outro serviço, mas, sim, problematizar o espaço para o qual está sendo encaminhada a situação do usuário; por isso as reuniões de rede são tão importantes para o compartilhamento do cuidado, tendo em vista que o usuário não acessa apenas o Caps, mas outros serviços que também fazem parte dessa rede.

As mulheres falaram sobre alguns espaços que acessaram durante o percurso do cuidado, mas enfatizaram alguns deles como mais importantes para o tratamento, conforme a Figura 2:

Figura 2. Serviços da rede intersetorial referidos pelas mulheres participantes



Fonte: Elaboração própria.

As mulheres conseguiram referenciar alguns dos locais acessados, porém, o modelo hospitalocêntrico do cuidado continua sendo o mais acreditado entre os tratamentos:

“[...] a medicação não tava funcionando, as consultas... Qual era solução que eu tinha? Era internar e até que como um passe de mágica surgiu a hipótese de ir a essas reuniões de grupo de repente dá certo, e deu certo, realmente deu certo funciona, o que falta foi um incentivo para isso.” (Margarida).

A hospitalização, ainda que não seja a primeira opção dos profissionais trabalhadores da saúde mental, foi mencionada pelas participantes como um dos primeiros recursos de tratamento que buscam para tratar o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

“[...] não me chame que eu não vou mais, porque toda vez eu que tenho que agir e eu sempre sou tachada da culpada, por exemplo, eu saí do meu trabalho, abandonei meu trabalho, vim aqui te atender, te levar pro hospital para garantir de tu não tirar sua própria vida e dos familiares.” (Girassol).

Tendo em vista que as entrevistas ocorreram em período de final de um governo conservador e ultraliberal – que nos últimos anos legitimou a defesa dos retrocessos no campo da saúde mental, fomentando recursos para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas em detrimento da criação de novos serviços de base territoriais – as cuidadoras não viam alternativas como um primeiro recurso que não fosse a internação nesses locais. E tal cenário permanece pós-pandemia, com os Caps sobrecarregados devido ao aumento dos atendimentos em saúde mental.

“É, isso no Caps né, primeiro eu fui no meu postinho aqui, daí fui no Caps, daí o doutor que me atendeu e aí ele me disse, ‘é demorado, não sei quê...’. Tá, ‘não, não tem pressa né, a hora que a gente conseguir, né, melhor’. Não deu uma semana, eles me chamaram para entrevista lá na Marta Maria. Eu adorei, um amor, tudo limpinho, tudo organizado, a fulana foi, gostou e tudo. Aí foi pra lá e ela não conseguiu dois meses, ela louqueou, louqueou, louqueou, porque não quer ter responsabilidade com nada, e que daí lá ela tinha que fazer coisas...” (Orquídea).

O apoio às comunidades terapêuticas nada mais é do que uma iniciativa das instituições privadas, num processo de desmonte do SUS. O aumento no número dessas instituições nos dois primeiros anos da gestão bolsonarista foi a principal iniciativa do governo para o enfrentamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas (PASSOS *et al.*, 2021).

Além das CTs, as mulheres trouxeram como um dos serviços acessados por elas os grupos de ajuda mútua:

“[...] o profissional que trata dele do Caps não é usuário, lá [A.A.] ele tá falando com pessoas que estão limpas, estão tentando assim como ele, que passaram por situações semelhantes né ou até piores, e que estão na luta também né?” (Margarida).

Os grupos de ajuda mútua foram criados inspirados nos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), de origem norte-americana, que iniciaram suas atividades em 1935, nos Estados Unidos, com características fraternas e com intervenção baseada na troca de experiências. Esses grupos não requerem assistência profissional, a sua dinâmica se dá através das subjetividades, ambiguidades e complexidades da vida, além das estratégias para lidar com elas (VASCONCELOS, 2013).

Os grupos de ajuda mútua têm como objetivo oferecer suporte aos usuários dos serviços, bem como compartilhar experiências, promover acolhida, espaço de fala, momentos para problematizar e falar sobre as inquietações referentes ao tratamento, auxiliar uns aos outros em um espaço de “iguais”. Geralmente os grupos são coordenados por usuários mais antigos dos serviços (VASCONCELOS, 2013).

“[...] o NAR ANOM para mim tá sendo muito bom, porque eu tô aprendendo a ter limites, a saber como agir com ele. Por que eu te digo que essas reuniões são boas? Porque tu aprendes a dizer não, dizer não, mas tu tá ajudando, não é dizendo sim que tu ajuda, às vezes a gente ia lá e passava a mão por cima e ia lá e pagava.” (Rosa).

Os grupos de ajuda mútua não fazem parte da Raps, pois não são equipamentos criados pelo Estado, mas sabemos que funcionam como rede de apoio a diversos usuários e seus cuidadores, como espaços importantes que:

[...] representam uma das formas de participação da sociedade civil na rede de atenção referida [Raps], sendo organizações que desenvolvem um ambiente que encoraja interações sociais através de atividades de grupo ou relações individuais com o propósito específico de reabilitar ou apoiar pessoas com o mesmo problema de saúde. (LIMA, BRAGA, 2012, p. 888).

Mas é preciso cautela na utilização desses grupos, pois, atualmente, alguns deles estão sendo gerenciados por instituições de origem religiosa, que propagam falas conservadoras e excludentes a outras formas de tratamento, tal como a redução de danos, trazendo como única forma de tratamento a abstinência.

Abordar as religiões e os debates que a interligam com a política de drogas é algo que merece atenção na saúde coletiva, como enfatizam os autores Eduardo Mourão Vasconcelos e Rita Cavalcante (2019) ao organizarem a obra intitulada *Religiões e o paradoxo apoio social: intolerância e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. Diante das diversas pesquisas trazidas na obra, resume-se que, mesmo com a religião sendo utilizada como estratégia de sobrevivência das classes populares e trazendo certo conforto e apoio à sociedade

(entendemos a importância da subjetividade), a sua forte presença na política de drogas tende a fortalecer estigmas e preconceitos de cunho moral, prejudicando abordagens humanizadas e os direitos humanos, com condutas que reforçam discursos de isolamento de pessoas que usam drogas e legitimam a longa internação (VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2019). Percebe-se, assim, a importância de realizar estudos que tragam a religião para um debate crítico, levando em consideração a sua importância histórica e na atual conjuntura do país.

O Caps-ad foi trazido de diferentes formas pelas mulheres, como um espaço de vínculo apenas entre profissional e usuário, como um espaço acolhedor, como um espaço esquecido e não divulgado, como um espaço que poderia ser mais bem utilizado. Separamos algumas das falas que consideramos importante para mostrar a visão das mulheres sobre esse espaço que compõe a Raps.

“Eu contei aqui pra eles quando isso aconteceu, eu falei pra eles: ‘eu não to aguentando mais’, aquele dia eu tava chorando tanto, tanto, tanto, porque eu disse assim ‘eu não aguento mais, eu não tenho mais força diante de Deus’.” (Tulipa).

“[...] o Caps tem nos atendido bem, Dr. Edgar prontamente, mas é o Dr. Edgar, não é o Caps, não é o serviço, tivemos a sorte de um médico que é muito legal, quando necessário troca a medicação, mais acolhedores né?” (Girassol).

O serviço de saúde mental precisa ser um local de acolhimento, escuta, e garantidor de direitos, para que a população atendida possa se sentir pertencente a um local dentro do seu território e possa ter um tratamento diferente daquele que teve no passado. Conforme está indicado na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a), fazem parte de suas diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

A Política de Atenção à Saúde Mental se articula com a Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza o reconhecimento dos trabalhadores, usuários e gestores em diferentes contextos e situações, apostando em novas práticas, relações e produção de conhecimento norteadas pelos princípios básicos do SUS. Essa articulação possibilita que os espaços sejam abertos e comunitários e que ofereçam um cuidado integral aos usuários, ou seja o Caps é o local ideal. São princípios da PNH: a autonomia, o acolhimento, a corresponsabilidade e o protagonismo dos usuários (BRASIL, 2010). O tratamento humanizado na saúde mental enfatiza a importância de ouvir e compreender as perspectivas dos usuários,

envolvendo-os nas decisões sobre seu próprio cuidado. Isso implica estabelecer uma relação terapêutica baseada na empatia, respeito, dignidade e autonomia, em que o profissional de saúde mental trabalha em parceria com o usuário, valorizando sua singularidade e promovendo sua participação ativa no processo de tratamento (SANTOS *et al.*, 2018).

Em relação ao Caps, ao mesmo tempo em que uma das mulheres trouxe o quanto se sente acolhida nesse espaço, outras trouxeram que sentem falta de um acolhimento para familiares:

“[...] eu não tava conseguindo externar tudo isso que eu tava passando, porque eu vinha nas consultas, mas as consultas são para ele, né? Não é para falar o que eu tô sentindo, como eu tô sentindo, para falar, né, que tava acontecendo com ele, então eu precisava externar.” (Margarida).

“[...] eu não sei como é que funciona o Caps, assim, se eles fazem chamada dos familiares ou se ele só recebe um adicto aí e fica por isso mesmo, eu não sei como é que funciona, né?” (Rosa).

Como já mencionamos, os Caps foram criados para serem serviços substitutivos ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, com oferta de atenção nos territórios, de fácil acesso e localização, e voltados a atender usuários e familiares. Porém, o que notamos nos últimos anos, em especial no período da pandemia (LOBO; RIETH, 2021; COHEN *et al.*, 2023), é que esses espaços estão sobrecarregados, com uma demanda de atendimentos maior do que conseguem prover, pois não houve aumento no número de profissionais e de recursos para atender à população.

A Diretora da OPAS destacou que a falta de acesso ao cuidado se deve a uma variedade de fatores que antecedem a pandemia, incluindo: baixo investimento, apenas 3% dos orçamentos de saúde dos países são alocados para a saúde mental; dependência de hospitalização de longa permanência quando a maioria dos problemas de saúde mental pode ser resolvida na comunidade; escassez crônica de pessoal de saúde mental capacitado; e acesso reduzido a serviços para aqueles que vivem em situações de vulnerabilidade. (OPAS, 2023a).

Logo, essa escassez de recursos invisibiliza os serviços, que passam a não atuar como deveriam, a exemplo do que as mulheres trouxeram em suas falas a respeito de como gostariam de ver esses serviços e de como eles deveriam agir:

“Tinha que ter mais alguma coisa, porque ou é trancafiado durante o dia, 21 dias numa clínica, ou vai para uma fazenda que totalmente desconectado do convívio social, é oito

ou oitenta. Não tem o setenta [referindo-se a não haver um meio termo], não existe uma coisa mais suave.” (Girassol).

Segundo a legislação que institui os Caps, esses serviços devem ter oficinas terapêuticas e atividades grupais no período em que o usuário fica no serviço, a fim de promover o cuidado terapêutico, a liberdade do cuidado e a autonomia. O que podemos perceber é que, durante a pandemia, os grupos e oficinas não aconteceram como deveriam, ficaram suspensos por mais de um ano, retomando apenas no final de 2021.

Houve também dificuldade para se realizar as entrevistas desta pesquisa de forma presencial com as mulheres, pois, por mais que as cuidadoras falem sobre os espaços com mais atividades, o fato é que a população se acostumou a algumas rotinas novas, com o uso das tecnologias. Esses hábitos novos podem ser bons pelo lado de se poder manter o contato com amigos e familiares apesar da distância, mas a falta do convívio social também pode prejudicar a saúde mental.

A questão é que os serviços e a Política Pública de Saúde Mental precisam retomar os princípios da Reforma Psiquiátrica (CAPUTO *et al.*, 2020), principalmente o referente ao cuidado em liberdade. É preciso que a população usuária se mobilize para que não haja mais retrocessos nessa política, mas, sim, avanços. Do mesmo modo, é importante que o Caps volte a ser um serviço que atua de forma interprofissional, que mobiliza a população usuária para que tenham mais acesso aos serviços, às discussões em rede, a fim de ampliar a autonomia dos usuários em outros espaços, não somente no âmbito da saúde (ROMANO *et al.*, 2023).

“Ela não, ela não tá muito afim de ir, mas ela vai, nem que seja compulsória, ela vai. Já falei, ela não tem como ficar em casa, não tem, se ela ficar em casa, ela vai roubar de mim, daqui um tempo ela não vai conseguir pegar mais nada, mas ela vai pra rua pra roubar e daí? Eu não quero isso, de maneira nenhuma.” (Orquídea).

Percebemos nas manifestações das mulheres participantes que a Política de Assistência Social não foi mencionada como um espaço que elas frequentam para a resolução de demandas e/ou busca por outras atividades para os usuários. Isso nos faz refletir sobre a questão da luta diária contra os retrocessos relativos à Política de Saúde Mental, pois o conservadorismo (COSTA, 2019) que permeia os debates sobre a loucura ainda é um desafio a ser ultrapassado para que os usuários tenham um atendimento integral e humanizado. Nesse sentido, Gomes *et al.* (2023), parafraseando Basaglia, trazem que é necessário focar a atuação nos usuários da política de saúde mental e evitar a reprodução do modelo manicomial para não retrocedermos para a intervenção psiquiátrica clássica, sendo esse movimento urgente e necessário.

As mulheres trouxeram sugestões importantes relativas às suas demandas que precisam ser vistas pelos profissionais e gestores com um olhar acolhedor, tendo em vista a importância do controle social na participação da Política de Saúde Mental:

“[...] então tinha que ter um programa, um ajuntamento de médicos, ou mais uma hora, sabe, nem que fosse de conversa de debate, de alguma espécie, isso facilitaria muito. Não precisava ser todos os dias da semana, mas um dia da semana que tivesse uma atividade, que ele tivesse um encontro, alguma coisa nesse sentido, e aquilo fosse gostoso, não fosse uma obrigação.” (Girassol).

“Porque eu cheguei no NA através de um anúncio de trás de um banco de ônibus [...], mas eu acho que tem gente que não sabe ler, tem mães que não sabem ler, tem mães que não andam de ônibus, tem mães que só ouve falar em NA, mas não convive, não sabe o que realmente é um NA, um Caps. Acho que tem gente que não vai no Caps que pensa que é só de drogado, que é só dependente químico, mas tem vários tipos de tratamento? [...] eu procuraria informar mais, mais informação, mais divulgação, para realmente tu ir no setor, que nem especialista, vou no dentista, é dente, vou no cardiologista, é coração, então eles fazem, eles botam tudo num saco dizendo assim ‘tudo louco, tudo drogado’, eu acho que deveria é mais divulgação, tem tanta coisa que eles botam nessas televisão né? [...] televisão qualquer um vê, qualquer mãe, qualquer pai, qualquer uma esposa, viu um rádio, escuta.” (Rosa).

As falas das mulheres mostram a importância do convite ao retorno do controle social para as discussões da Política de Saúde Mental, como defendido e indicado pelo movimento da Reforma Sanitária, e uma das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Os diversos enfrentamentos que as participantes trouxeram, relativos às mais variadas formas de expressão da questão social, mostram o quanto o cuidar é um sofrimento isolado e precisa estar cada vez mais presente nas discussões dos espaços sócio-ocupacionais dos profissionais da saúde e demais políticas sociais.

Salientamos que nenhuma das mulheres entrevistadas mencionou o acesso à Política de Assistência Social como rede de apoio, o que nos faz refletir o quanto essa política pública ainda está distante do tema. Um fato que também pode ter contribuído para o não acesso dessas mulheres à Política de Assistência é que nenhuma trouxe dificuldades financeiras ou situações de vulnerabilidade social. Segundo a pesquisa de dissertação intitulada *O Serviço Social e o atendimento às pessoas em situação de uso abusivo de drogas no PAIF/SUAS*, de Bruno Camilo Marchi Pereira (2022), as situações que surgem para atendimentos nessa temática são trazidas de forma velada pelas famílias, naturalizando os prejuízos decorrentes do uso. E, para os profissionais da Política de Assistência Social, atender a essa demanda é um desafio, pois são

necessárias sucessíveis aproximações com a realidade para poder intervir de forma ética (PEREIRA, 2022).

3.3 “DISFARÇA E SEGUE EM FRENTE TODO DIA ATÉ CANSAR” – O NÃO SABER CUIDAR DE SI⁷

Neste último tópico iremos refletir sobre o tipo de atendimento que as mulheres identificam como necessário para atender às suas demandas como cuidadoras de familiares usuários de drogas. Fazer as mulheres refletirem sobre si, sobre o cuidado consigo mesmas, foi o objetivo mais difícil desta pesquisa e trouxe à tona algumas categorias importantes que foram identificadas a partir da primeira entrevista. A partir do objetivo traçado, tínhamos como categorias da realidade: *cuidado*, *empoderamento feminino* e *gênero*, e como categorias empíricas surgiram: *trabalho*, *lazer* e *falta de políticas públicas*.

Os dados que serão apresentados a seguir foram difíceis de localizar. Tem-se duas hipóteses para essa dificuldade: 1) a invisibilidade da saúde mental e 2) a invisibilidade ainda maior dos dados referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e sua relação com o gênero feminino. Buscamos dados que trouxessem esse recorte em diferentes níveis de governo: municipal, estadual e federal, através de contatos com gestores, mas só obtemos respostas de alguns.

Segundo dados do IBGE (2019) referentes à Pesquisa Nacional de Saúde, 69,9% da população que acessa o SUS são mulheres, e 60,9% dessas são pretas e pardas. Tais dados demonstram o quanto as mulheres buscam mais a saúde, o que guarda relação com o cuidado e com os aspectos estruturantes e culturais do papel de “cuidadora”, instituído pela sociedade à mulher. Segundo Walger, Santos e Gulin (2022), os homens apresentam prevalência em transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno por uso de álcool, transtorno de jogo, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (TOC) e em relação ao suicídio; já as mulheres se sentem mais à vontade para expor suas vulnerabilidades e fraquezas, buscando mais os atendimentos para depressão e ansiedade.

Trazer a questão *gênero* e *raça* para a Política de Saúde é fundamental, pois são fatores estruturantes de iniquidades – ou seja, desigualdades injustas e desnecessárias, possíveis de serem evitadas – ainda mais quando há uma intersecção desses temas, promovendo um

⁷ Referência à música Desconstruindo Amélia, álbum *Chiaroscuro* – Pitty (2009).

agravamento dessas questões e, com isso, falta de acesso, falta de recursos, e vulnerabilidade. As mulheres, principalmente mulheres negras e pardas, são as que mais sofrem com isso. A Política Nacional de Saúde (PNS) 2019 afirma que: “Não devemos, no entanto, avaliar mulheres e homens como grupos homogêneos, uma vez que brancos e pretos/pardos apresentam comportamentos e acessos diferenciados no que tange ao cuidado com a saúde” (COBO, 2020).

Quando questionadas sobre algum tipo de serviço que acessavam para si, das cinco mulheres entrevistadas, apenas uma realizava atendimento de saúde mental no momento da entrevista, uma já havia feito, e outra estava pensando em fazer.

“Uma vizinha é terapeuta familiar, faz atendimento on-line e aí ela se ofereceu. Se eu precisar, vamos ver, essa semana que vem, de repente essa semana que entrou, de repente até procuro[...]” (Orquídea).

Segundo dados buscados no sistema interno do Caps-ad NHNI, onde foi realizada a coleta de dados, em 2021 foram realizados 10.768 atendimentos individuais femininos (número de atendimentos de mulheres que são usuárias do Caps); já em 2022, os números subiram um pouco para 11.127. Os números referentes a atendimentos familiares, no entanto, diminuíram: em 2021 foram realizados 3.030, e, em 2022, 1.866. É lamentável que esse dado em âmbito municipal, estadual e federal não tenha o recorte de gênero, ainda assim, empiricamente sabemos, de acordo com a experiência em campo, que esses familiares são mulheres em sua grande maioria.

“[...] eu fiz análise até para poder às vezes trabalhar com eles, eu disse para a médica, eu não consigo conceber como é que meu irmão vai morar na rua, como morador de rua, eu tive que trabalhar muito isso.” (Girassol).

As mulheres ainda são as que mais buscam os serviços de saúde, muito devido à lógica de cuidado, ainda que o cuidado consigo mesmas fique em menor evidência em comparação com o cuidado com outros. Em relação às mulheres e o uso de drogas, segundo o UNODC, no mesmo relatório de 2022, as mulheres representam cerca de 45-49% dos usuários de anfetaminas e de usuários de não medicinais de estimulantes farmacêuticos, opioides, sedativos e tranquilizantes. Um relatório mundial sobre a saúde mental – *World mental health report* – lançado pela OMS em 2022, destacou a necessidade de mudanças nos serviços para incluir e dar atenção a todas as demandas, incluindo um *Plano de Ação Integral de Saúde Mental – 2013-2030*, e fazendo com que todos os Estados membros – 194 – assinassem o plano. Tal plano tem

três objetivos, com recomendações aplicadas em concentrar mudanças de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção (OPAS, 2022).

A saúde mental tem um papel importante na qualidade de vida das pessoas. A falta de recursos, lazer, relacionamentos sociais, saúde, pode ocasionar sofrimento emocional e prejudicar diversos aspectos do cotidiano. Ao falarem sobre outras atividades que realizavam, as mulheres entrevistadas trouxeram com muito pesar a falta de tais atividades:

“Assim ó, eu dificilmente eu saio, porque eu tenho medo de deixar ela sozinha, sabe? Eu tenho medo de que ela traga gente para dentro de casa, que ela pegue alguma coisa ou que usa alguma porcaria e acenda um fogão e deixe ligado, alguma coisa assim, sabe? Isso eu tenho medo.” (Orquídea).

“Eu não frequento lugar nenhum a não ser ir na igreja e estar junto com ela, a gente aí no centro, essas são as coisas que a gente faz.” (Tulipa).

“[...] nos últimos anos mesmo, sei lá quatro, cinco anos, eu resolvi que isso ele não quer ir, não vai, eu vou, aí eu vou na casa da minha irmã, vou na casa da minha mãe, ‘Ah não quer ir, fica em casa dormindo, eu vou levar minha filha’. Não vou deixar de viver, vou levar ela no aniversário, vou me divertir, vou ficar com ela, vou brincar com ela, eu fazia isso, sim, de investir muito e muito deixei de fazer, por isso que eu disse, assim, fiquei muito frustrada, porque muito eu deixei de fazer, agora não.” (Margarida).

Culturalmente, as mulheres foram educadas para acessarem os espaços apenas de saúde e religiosos, como ordem da natureza, espaços vistos como de cuidado para o outro e que não interferem no “ser mulher” (SILVA, 2010). Percebe-se, através dessas e de outras falas das mulheres, que é preciso romper com essa barreira segundo a qual o lazer feminino estaria vinculado ao cuidado de outras pessoas, e não como um espaço para o autocuidado e de prazer.

Durante as entrevistas, percebemos que era necessário abordar com as mulheres a questão do trabalho e se elas percebiam o cuidado como um trabalho. Para a nossa surpresa, as mulheres ficaram ofendidas com a pergunta; foi necessário que a pergunta fosse explicada mais de uma vez, e de forma mais sensível, para que elas pudessem interpretá-la e expressar suas opiniões sobre o tema. A pergunta questionava se elas “consideravam o cuidado como um trabalho”. Ainda que a reação obtida tenha sido inesperada, já considerávamos a hipótese de que as respostas para essa pergunta seriam negativas.

“Não, amor, porque se fosse trabalho, eu não ganho nada com isso, eu só perco, não é perder... porque a minha filha tá viva, mas quando eu deito, e também tem o problema de quando a gente discute que ela me diz, que ela me bate, tu tem ideia do que eu senti, quando eu recebi a bofetada na cara?” (Tulipa).

“Não, não, eu faço com maior prazer, não gostaria de estar fazendo mas não vou deixar de fazer jamais. Mas que dá vontade de vez em quando de chutar o balde, ai tem horas pelo amor de Deus do céu eu não aguento mais.” (Orquídea).

“Eu acho um carma, não tem opção, outras pessoas não vão querer fazer, então, meu irmão e eu não consigo imaginar uma pessoa da minha família passando por um sofrimento, o que eu puder fazer para aliviar esse sofrimento eu vou fazer, vou tentar fazer com que ele se sinta o melhor possível, é uma coisa de amor ao ser humano, qualquer ser humano.” (Girassol).

“[...] eu não considero um trabalho, eu considero, deixa eu ver um como é que eu vou te dizer um sentimento, uma dedicação que assim, tipo, de amor sabe? Trabalho é por tempo, tu trabalha 5/6 anos numa empresa, que trabalha, se um trabalho para ser recompensada, não eu acho, que eu amo meu filho, eu faço isso por amor.” (Rosa).

“Não, a princípio é tranquilo.” (Margarida).

Quando introduzimos essa questão, tínhamos a esperança de que alguma das mulheres refletisse de forma crítica no momento da entrevista e considerasse o cuidado como um trabalho. Porém, as respostas não fugiram do padrão aceito e introjetado pela sociedade de que o cuidado deve ser feito por mulheres. Percebemos o quanto esse tema precisa ser discutido nos espaços de cuidado em saúde, principalmente em atendimentos que sejam específicos aos cuidadores, de modo que a crítica a esse fato seja exposta aos atores envolvidos, para desmistificar o cuidado enquanto apenas feminino.

Percebemos que as mulheres não conseguem se desprender da influência do patriarcado nos discursos acerca do cuidado e de seu status enquanto um “não trabalho”. Passos (2018) refere que o cuidado nem sempre será uma relação boa, pois ele pode se expressar das mais variadas formas, inclusive as negativas, seja entre familiares ou entre pessoas de vínculos diversos. O trabalho do *care* vem sendo discutido há pouco tempo pela profissão. Sabemos que, após os direitos conquistados pelas mulheres, como o de votar, trabalhar e ser livre, a sobrecarga também aumentou devido ao acúmulo de funções, como quando a mulher trabalha fora de casa e exerce o trabalho doméstico não remunerado. Apesar de estarem se sentindo cansadas, também se percebe que as mulheres entrevistadas não querem deixar de realizar esse cuidado, pois não têm uma rede de apoio fortalecida.

O desafio enfrentado pelas mulheres é conciliar as demandas do trabalho remunerado com as responsabilidades do cuidado não remunerado, muitas vezes assumidas dentro do âmbito familiar. Essa sobrecarga de trabalho pode resultar em estresse, esgotamento e dificuldade em equilibrar as diferentes áreas da vida.

Em algumas situações, o cuidado pode ser impositivo, obrigatório ou desprovido de afeto. Isso pode ocorrer em relações familiares em que o cuidado é imposto, sem levar em consideração as necessidades ou desejos da pessoa que está sendo cuidada. Esses aspectos negativos do cuidado podem ser resultado de uma variedade de fatores, como falta de recursos, falta de capacitação adequada dos cuidadores, sobrecarga de trabalho, falta de conscientização sobre a importância do cuidado humanizado, ou até mesmo desigualdades estruturais presentes na sociedade (PASSOS, 2018). Segundo Orozco e Gil (2011 apud PASSOS, 2018, p. 48), “[...] cuidar é gerir e manter cotidianamente a vida e a saúde, assumir o controle do bem-estar físico e emocional dos corpos, do próprio e dos outros”. E, conforme já indicado, faz-se necessário também o debate sobre as mulheres cuidadoras negras, inseridas na saúde mental, pois estão nos espaços sócio-ocupacionais e à mercê de desigualdade de classes e raça existentes no cotidiano (PASSOS, 2018).

Para finalizar este capítulo, é importante registrar que tínhamos como metodologia de pesquisa introduzir fotografias do cotidiano de cuidado das entrevistadas como material para reflexão. Essas fotografias seriam realizadas pelas mulheres a fim de demonstrar o que elas entendem por cuidado. Porém, devido aos percalços que ocorreram ao longo da coleta de dados, apenas uma das mulheres nos encaminhou imagens – o que foi de grande significado. Assim, não poderíamos deixar de incluí-las neste trabalho.

As fotografias acabam tendo um papel importante, pois traduzem a linguagem da participante da pesquisa, bem como abordam o protagonismo dessas mulheres. No entanto, por mais que tenhamos realizado diversas tentativas de contato via WhatsApp para a realização da oficina⁸, não houve interesse de participação. Assim, decidimos solicitar as fotos por mensagem.

De acordo com Tittoni (2011, p. 140), “As figuras indicam um percurso linguístico que abre o texto e estimula as narrativas, criando outros fluxos, levando os pesquisadores a identificarem e a discutir essas imagens, tensionando o discurso e buscando abrir a fala ao campo das visibilidades”. Por isso a fotografia foi pensada como um método possível como coleta de dados, em razão de não apenas olharmos as imagens, que é uma figura parada, mas porque se pensa e se analisa essa imagem, incluindo os atores e até mesmo tentando reviver determinada situação. Ao pensar nas mulheres e no registro dos seus cotidianos de cuidado, o objetivo era que elas falassem sobre o que passa através daquela imagem.

⁸ As oficinas de reflexão com fotografias estavam presentes no projeto de pesquisa aprovado pelos CEPs. No projeto se mencionava que as participantes seriam convidadas a realizarem fotografias do seu cotidiano de cuidado, com seus próprios aparelhos eletrônicos, e após trariam as imagens escolhidas para reflexão em grupo.

O fundamental da leitura fotográfica é o que ela desperta em cada um. A foto como uma imagem congelada só tem sentido quando desperta no outro a necessidade de descongelá-la, fazendo os seus personagens voltarem à cena, se misturarem, reorganizarem o momento em que foram cristalizados. (DANTAS, 2000, p. 8).

A seguir apresentamos duas imagens que consideramos fundamentais para o debate aqui realizado sobre o cotidiano do cuidado e a maneira como a cuidadora participante as interpretou.

Figura 3. O quarto



Fonte: Fotografia realizada por Girassol.

Figura 4. A sala



Fonte: Fotografia realizada por Girassol.

Na Figura 3, podemos ver o quarto organizado, com a coberta, e, sobre uma mesa, outros equipamentos para uso do usuário. Nos chamou atenção o porta-retrato e algo que parece ser um remédio em cima de uma lista. Ao pensarmos a razão para a Girassol ter escolhido e enviado essa foto, com a legenda: *“O quarto sempre considero um espelho do nosso interior. Neste momento está organizado. Pois tenta se enquadrar no cotidiano familiar”*, imagina-se que aquele quarto nem sempre é assim, organizado – “[...] enquadrar, criar, clicar (capturar) uma cena pode contribuir para a problematização da sua própria condição de sujeito, inaugurando outros caminhos de dizer da sua relação [...]” (TREIN, 2016, p. 99).

Na Figura 4, podemos ver o usuário, de quem Girassol exerce o cuidado, sentado em uma grande sala, com diversos móveis e aparentando estar tranquilo. Girassol encaminhou essa imagem com a descrição *“A sala onde escolhe a janela do mundo”*. Interpretamos, assim, que é na sala que ele pode escolher “o mundo”, seja ficando em casa, na companhia da família, ou saindo para a rua.

Segundo Spink (2011), a fotografia só importa se ela for narrada, e, a partir das narrativas de Girassol, podemos perceber alguns detalhes do seu cotidiano de cuidado com o usuário, visto que as imagens dele em casa, com o quarto e sala organizados, já dizem muito desse cuidado. Para a pesquisa qualitativa, as imagens podem trazer algo mais lúdico para

despertar o interesse de quem está lendo sobre os dados e, assim, ampliar diversas possibilidades de discussão, imaginação e reflexão desse método de grande valia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar uma pesquisa em tempos de covid-19 não foi uma tarefa fácil, ainda mais que foram vividos diversos momentos referentes ao pessoal e ao profissional da pesquisadora ao longo da trajetória do mestrado. Assistir às aulas on-line, pois não foram possíveis encontros presenciais com a turma, trabalhos em grupo on-line, estágio-docência on-line... foram todos fatos marcantes para o momento. Porém, fazer parte do Grupo de Pesquisa Saúde, Gênero e Vulnerabilidades e com ele conseguir ter momentos presenciais de trocas de saberes foi de suma importância na construção desse processo.

A pesquisa com mulheres que fazem o cuidado de pessoas em situação de uso de drogas foi de grande aprendizado, especialmente porque, por vezes, por ser um tema sensível, as entrevistas nos deixavam questionamentos sobre como acontecia esse cotidiano. O percurso metodológico teve início com a qualificação do projeto, momento esse de extrema importância para todos os mestrandos; depois, deu-se sequência com a organização dos apontamentos realizados pela banca e a inclusão na Plataforma Brasil, mas ocorrendo de maneira diferente do apresentado no projeto devido à espera pela resposta, que demorou meses, graças a erros de sistema na plataforma – até que conseguimos a entrada em campo, somente em outubro de 2022. Foram momentos de tensão.

Por ser uma pesquisa qualitativa, fizemos a sua divulgação junto aos profissionais e às mulheres familiares de usuários do Caps-ad, o que foi definido previamente, por meio de variadas estratégias; no entanto, a proposta inicial de realização de oficinas de reflexão não foi concretizada. Ao final dos esforços realizados, e já tendo transcorrido tempo além do planejado, conseguimos realizar entrevistas com cinco mulheres.

Percebemos que, devido à pandemia, as mulheres tiveram mais resistência à participação, principalmente em relação à pesquisa presencial. Houve também a questão da mudança de profissionais no serviço, o que dificultou o vínculo da pesquisadora com as participantes, além da dificuldade relativa ao início da pesquisa ter sido próximo ao final do ano, quando as pessoas se organizam para férias e festividades.

No entanto, esse caminho percorrido – que foi diferente do planejado – propiciou os resultados encontrados, que possivelmente teriam sido diferentes tivesse a pesquisa ocorrido diferentemente também, especialmente em relação ao objetivo geral, que era de *conhecer como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho, visando compreender o contexto em que se inserem junto aos*

serviços de saúde e demais equipamentos sociais e colaborar com a criação de políticas públicas.

Como analisamos no tópico 3.1 *“Nunca foi sorte” – A rede de apoio que não existe...*, sobre as relações que as mulheres têm com a rede de apoio, concluímos que são inexistentes, pois o cuidado por elas exercido é muito solitário e, com ele, vem a sobrecarga. As mulheres trouxeram algumas dificuldades vivenciadas no cotidiano, tais como a violência e as questões relacionadas a gênero, raça e classe social que aparecem fortemente em seus relatos. Com isso, podemos concluir que o primeiro objetivo específico, de compreender os vínculos que compõem a rede de apoio da mulher cuidadora, foi alcançado na pesquisa.

No item 3.2 *“Sempre dou o meu jeitinho, é bruto, mas é com carinho” – Os serviços continuam sendo manicomiais*, as mulheres trouxeram o fato de que buscam quase sempre a internação como local de primeiro atendimento, ou serviços de emergência, ou médicos particulares, trazendo à tona a reprodução do discurso privatista dos governos federais, vivenciado pela Política de Saúde Mental nos últimos anos. Tal realidade também revela que a participação delas ocorre em espaços que não são os da Rede de Atenção Psicossocial, como os grupos de mútua ajuda e as comunidades terapêuticas, referidos como primeiros recursos buscados, reforçando a volta da lógica manicomial. As respostas das mulheres foram ao encontro do objetivo específico de identificar os principais serviços acessados pelas mulheres e sua percepção dos atendimentos prestados.

Finalmente, o tópico 3.3 *“Disfarça e segue em frente todo dia até cansar” – O não saber cuidar de si* foi de fato o objetivo mais difícil de ser alcançado, tendo em vista que consistia em refletir sobre o tipo de atendimento que as mulheres identificam como necessário para as suas demandas. As mulheres não conseguiram referir serviços para si e para as suas demandas, o que demonstra um adoecimento e uma normalização do cuidado como tarefa principal. Essa realidade nos leva a deduzir que também há uma ausência de oferta de atendimento para essas mulheres. E elas, quando questionadas se consideravam o cuidado como um trabalho, responderam que não, e algumas até se sentiram ofendidas com o questionamento. Elas não conseguiram se ver como alguém que também necessita de cuidados, e, com isso, algumas não se permitem buscar atendimentos para si, reproduzindo a lógica do patriarcado.

Assim, constatamos que o objetivo da pesquisa foi realizado, pois as mulheres expressaram seus sentimentos e falaram das atividades relacionadas ao cuidado de seus familiares, nos permitindo conhecer suas realidades, seu cotidiano, com mais profundidade. Muitas situações ocorreram de modo diferente do planejado no projeto, mas sabemos que a

realidade é dinâmica, e nem sempre o planejado irá ser realizado na prática; percalços aparecem durante a trajetória do pesquisador, e isso é fazer pesquisa.

Por fim, consideramos importante seguir com a pesquisa do cuidado como trabalho, pesquisa essa que pode ser ampliada para outras áreas e, ao mesmo tempo, ter recortes dentro de cada uma. É imprescindível a implementação de um sistema que integre os dados de atendimentos de todos os equipamentos da Raps, ou, no mínimo, dos equipamentos de saúde, de modo a tornar mais transparente a realidade de atendimentos em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Nota técnica:** família e políticas públicas: o acúmulo da pesquisa no Serviço Social. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/nt-abepss-marco-21-202103262108381181190.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.
- ALBUQUERQUE, E. P. T.; CINTRA, A. M. O.; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400007>. Acesso em: 2 out. 2023.
- ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- AMARANTE, P. D. C.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 2 out. 2023.
- AMARANTE, P. D. C.; OLIVEIRA, W. F. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecnocientífica**, v. 12, n. 47, p. 6-21, abr. 2004.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2015. (Edição especial de 20 anos).
- AYRES, José Ricardo. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 6, p. 270-77, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600003>. Acesso em: 2 out. 2023.
- BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos sociais e competências**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/3.6-Pol%C3%Adtica-social-no-contexto-da-crise-capitalista-%E2%80%93-Elaine-Rossetti-Behring.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Assistência social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social e Sociedade**, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Acesso em: 2 out. 2023.

BOLZAN, L. M. **Deméter, Ceres e Bacante**: a homogeneização da mulher que faz uso de drogas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 45, p. 287-300, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>. Acesso em: 2 out. 2023.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos sociais e competências**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

BOWLBY, J. **Formação e rompimentos dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Bolsa Família retira 18,5 milhões de pessoas da linha da pobreza. **Portal do Governo**, 12 jul. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/07/bolsa-familia-amplia-cardapio-e-horizontes-de-amanda-e-dos-oito-filhos-em-garibaldi-rs>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redução de danos**: saúde e cidadania. 2023c. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2023d. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária. Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12,4% no SUS. **Portal do Governo**, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15936#:~:text=No%20Brasil%2C%20em%202021%2C%20o,ano%20com%20356%20mil%20registros>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/CNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 24 fev. 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Indicadores do PMQ: NASF. **Portal do Governo**, 23 out. 2017b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2473#:~:text=Os%20N%C3%BAcleos%20de%20Apoio%20%C3%A0,e%20o%20alvo%20das%20a%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 5 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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: MS, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso

das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: MS, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília, 2005.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em; 5 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985.** Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Brasília, 1985. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm. Acesso em: 2 out. 2023.

BRITES, C. M. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social:** uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, p. 231-254, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002. Acesso em: 3 out. 2023.

CAMARGO FILHO, M. Os desafios do pesquisador nativo: reflexividade, triangulação e questões éticas em pesquisas qualitativas que envolvem o local de trabalho do pesquisador. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 6, n. 2, p. 97-118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19092/reed.v6i2.361>. Acesso em: 3 out. 2023.

CAPUTO, L. R. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29203>. Acesso em: 3 out. 2023.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro**, v. 6, p. 115-128, 2002. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-6-Artigo-10.pdf>. Acesso em: 3 out. 2023.

CASSIN, M. P. S. Dependência e ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-golpe de 2016. **Temporalis**, v. 22, n. 43, p. 17-33, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2022v22n43p17-32>. Acesso em: 3 out. 2023.

COBO, B. O trabalho doméstico no pós-pandemia. **Terapia Política**, 25 jun. 2020. Disponível em: <https://terapiapolitica.com.br/2020/06/25/o-trabalho-domestico-no-pos-pandemia/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

COHEN, M. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of frontline healthcare workers in a highly affected region in Brazil. **BMC Psychiatry**, v. 23, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10107551/>. Acesso em: 3 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS se posiciona contra a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).** 28 fev. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1669>. Acesso em: 3 out. 2023.

CONSUMO de drogas registra aumento em todo o mundo. **O Globo**, 7 jun. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2023/06/consumo-de-drogas-registra-aumento-em-todo-o-mundo.ghtml>. Acesso em: 15 jul. 2023.

COSTA, T. C. R. A Política de Saúde Mental na atualidade e o avanço do conservadorismo. **Argumentum**, v. 11, n. 2, p. 163-178, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v11i2.20848>. Acesso em: 3 out. 2023.

DAL PRA, K. R.; MIOTO, R. C. T.; WIESE, M. L. O cuidado como direito social: uma questão contemporânea para o Serviço Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Vitória, 2018.

DANTAS, E. M. **Memória, educação, fotografia: leituras complexas**. 2000.

DESCONSTRUINDO AMÉLIA. Pitty. In: CHIAROSCURO. Pitty. Deckdisc, 2009.

DIAS, M. T. G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 3, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300019. Acesso em: 3 out. 2023.

DISQUE 100 registra mais de 121 mil denúncias de violações de direitos humanos no primeiro trimestre de 2023. **Portal do Governo**, 6 abr. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/disque-100-registra-mais-de-121-mil-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos-no-primeiro-trimestre-de-2023>. Acesso em: 4 out. 2023.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Trad. Leandro Konder. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

EURICO, M.; PASSOS, R. G.; SILVA, R. P. Mulheres negras, sofrimento e racismo. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G.; HEIDRICH, A. V. (Orgs). **O exercício profissional do Serviço Social nas políticas de saúde mental e drogas**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2018. p. 103-117.

FALEIROS, V. P. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Katálysis**, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300006>. Acesso em: 3 out. 2023.

FARO, A. *et al.* Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 3 out. 2023.

FERRUGEM, D. Guerra às drogas? **Em Pauta**, v. 18, n. 45, p. 44-54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47208>. Acesso em: 3 out. 2023.

FGV: mais pobres sofrem maior impacto na pandemia. **Agência Brasil**, 09 set. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2021-09/fgv-mais-pobres-sofrem-maior-impacto-na-pandemia>. Acesso em: 3 out. 2023.

FLEURY, S. **Estados sem cidadãos: a seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

- FONTANELLA, Bruno *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Biblioteca virtual Sergio Arouca. **Reforma Sanitária**. 2021. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 03 ago. 2022.
- FUZINATTO, A. M. **Mulheres, drogas e prisões**: intersecções presentes na privação de liberdade de mulheres no sistema prisional feminino da região metropolitana de Porto Alegre/RS. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.
- GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>. Acesso em: 3 out. 2023.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMES, T. M. S. *et al.* (Orgs.). **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas**. Niterói: MC&G, 2023.
- GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. esp., p. 543-549, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700009>. Acesso em: 3 out. 2023.
- GUEIROS, D. A.; SANTOS, T. F. S. Matricialidade sociofamiliar: compromisso da Política de Assistência Social e Direito da Família. **Revista Serviço Social & Saúde**, v. 10, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v10i2.8634842>. Acesso em: 3 out. 2023.
- GULJOR, A. P.; PINHO, L. P. Contrarreforma psiquiátrica e as medidas infralegais para ampliar o mercado das CTS. In: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; PRUDÊNCIO, J. D. L. (Orgs.). **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas**. Niterói: MC&G, 2023.
- HABIGZANG, L. F. (Coord.) **Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência**. Porto Alegre: PUCRS, 2018.
- HIRATA, H. **O cuidado**: teorias e práticas. São Paulo: Boitempo, 2022.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ILHA, F. Mais de 1,2 milhões de mulheres perderam o emprego na pandemia. **Jornal Extraclasse**, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/movimento/2022/03/mais-de-12-milhao-de-mulheres-negras-perderam-o-emprego-na-pandemia/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 12 out. 2023.

DONA DE MIM. Iza. In: DONA DE MIM. Iza. Warner Music Brasil, 2018.

LARANJEIRA, R. *et al.* **Lenad família**: Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos. São Paulo: UNIFESP, 2013.

LEITE, L. S. *et al.* (Orgs.). **Saúde mental ConVida**: registros da trajetória da saúde mental na cidade de Porto Alegre. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2013.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência do álcool. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 887-895, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400020>. Acesso em: 3 out. 2023.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 885-901, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>. Acesso em: 3 out. 2023.

MACIEL, S. C. *et al.* Cuidadoras de dependentes químicos: um estudo sobre a sobrecarga familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34416>. Acesso em: 3 out. 2023.

MACIEL, S. C. *et al.* Reforma Psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>. Acesso em: 3 out. 2023.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. Um instigante desafio. In: SEMINÁRIO SOBRE METODOLOGIAS QUALITATIVAS DE PESQUISA. PUCSP: NEPI, 2001.

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social e Sociedade**, n. 43, 1993.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Trad. Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2009.

MATOS, R. A.; ALBUQUERQUE, C. S. “Questão social”, divisão sexual do trabalho e saúde mental na pandemia. **Revista Katálysis**, v. 26, n. 1, p. 43-53, jan./abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e88287>. Acesso em: 4 out. 2023.

MATSUDA, C. M. C. B. **Sobrecarga e saúde mental em cuidadores de idosos com demência ou com depressão**. 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MERHY, E. E. *et al.* Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp., p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 4 out. 2023.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 17, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 4 out. 2023.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Fala galera**: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MIOTO, R. C. T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social Londrina**, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2010v12n2p163>. Acesso em: 4 out. 2023.

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MUSTAFA, P. S. A pandemia da covid-19 no Brasil: uma análise de seus impactos socioeconômicos e das (des)medidas no seu enfrentamento. **Textos & Contextos**, v. 21, n. 1, p. 1-12, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2022.1.41799>. Acesso em: 4 out. 2023.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P. Vida cotidiana: o centro de atenção hoje. In: FALCÃO, M. C.; NETTO, J. P. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 1989.

NOGUEIRA, K. W. A. S.; SANTOS, N. A. Pandemia no capitalismo dependente: apontamentos sobre a covid-19 no Brasil. **Textos & Contextos**, v. 21, n. 1, p. 1 -19, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2022.1.39303>. Acesso em: 4 out. 2023.

NUNES, C. S. G.; CAVALLI, J. P.; BRAZ, P. S. Eu sou o pilar principal: mulheres e família em tempos de covid-19. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS,

5., 2021. **Anais do V Seminário Internacional de Políticas Públicas**. Porto Alegre: PUCRS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. São Paulo: Roca, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde Mental deve estar no topo da agenda política pós-covid-19**. 9 jun. 2023a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-6-2023-saude-mental-deve-estar-no-topo-da-agenda-politica-pos-covid-19-diz-relatorio-da>. Acesso em: 05 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19**. 05 maio 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 4 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao> Acesso em: 10 out. 2023.

PAIM, J. S. *et al.* **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde).

PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Em Pauta**, v. 18, n. 45, p. 116-129, 2020.

PASSOS, R. G. **Trabalho, gênero e saúde mental**: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.

PASSOS, R. G. “Entre o assistir e o cuidar”: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. **Em Pauta**, v. 15, n. 40, p. 247-260, 2017.

PASSOS, R. G. *et al.* A (re)manicomialização da Política de Saúde Mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 37, p. 42-64, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>. Acesso em: 4 out. 2023.

PAYÁ, R. (Org.). **Intervenções familiares para abuso e dependência de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

PEREIRA, B. C. M. **O Serviço Social e o atendimento às pessoas em situação de uso abusivo de drogas no PAIF/SUAS**. 2022. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

PEREIRA, C. P. A proteção social em tempos sem bríos. **Argumentum**, v. 9, n. 3, p. 24-29, set./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argum..v9i3.17945>. Acesso em: 4 out. 2023.

PEREIRA, C. P.; PEREIRA, P. A. Cobiça capitalista, pandemia e o futuro da política social. **Argumentum**, v. 13, n. 1, p. 40-52, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.33119>. Acesso em: 4 out. 2023.

PINHO, L. M. G.; PEREIRA, A. M. S. Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0101>. Acesso em: 4 out. 2023.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 89-99, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29562019>. Acesso em: 4 out. 2023.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre, 2021a. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2022_25.pdf. Acesso em: 4 out. 2023.

QUADROS, L. C. M. *et al.* Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centro de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 95-103, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100010>. Acesso em: 4 out. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. **Observatório Estadual da Segurança Pública**. Porto Alegre, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. **Observatório Estadual da Segurança Pública**. Porto Alegre, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. **Observatório Estadual da Segurança Pública**. Porto Alegre, 2020.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de Guerra. **Contexto Internacional**, v. 34, n. 1, p. 9-41, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-85292012000100001>. Acesso em: 4 out. 2023.

ROMANO, B. *et al.* Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210875pt>. Acesso em: 4 out. 2023.

ROSA, L. C. S. Trabalho Social com famílias na perspectiva de Política de Saúde. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). **Trabalho com famílias no âmbito das políticas públicas**. Campinas: Papel Social, 2018. p. 213-236.

ROSA, L. C. S.; PEREIRA, F. P. Interlocação entre o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o movimento feminista. In: BARCELLOS, W. S.; DIAS, M. T. G.; HEIDRICH, A. V. (Orgs). **O exercício profissional do Serviço Social na Política de Saúde Mental e Drogas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SÁ, M. C.; MIRANDA, L.; MAGALHAES, F. C. Pandemia covid-19: catástrofe sanitária e psicossocial. **Caderno de Administração**, v. 28, n. esp., jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53596>. Acesso em: 4 out. 2023.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Trad. Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTIAGO, T. T. R. *et al.* Desafios da saúde pública em meio à pandemia de covid-19: revisão narrativa. In: FONTES, F. L. L. (Org.). **A saúde pública brasileira em tempos de pandemia**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2021. p. 73-79.

SANTOS, A. B. *et al.* Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v10i25.69595>. Acesso em: 4 out. 2023.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARTI, C. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, F. A. M. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>. Acesso em: 4 out. 2023.

SILVA, S. G. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 556-571, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300009>. Acesso em: 4 out. 2023.

SILVA, L. L. S. V. *et al.* Family members seeking compulsory hospitalization for drug-using members: profile, expectations and needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1110>. Acesso em: 4 out. 2023.

SILVEIRA, E. M. R. **O Fórum Intersetorial de Redes para articulação de políticas sociais no município de Alvorada: aprendizagens e construções**. 2023. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

NUNCA FOI SORTE. Luisa Sonza. In: O SÉTIMO GUARDIÃO [Trilha sonora]. Globo, 2019.

SPINK, M. J. P. Arquivando nossas selvas: a construção de narrativas biográficas de famílias por meio de fotografias. In: TITTONI, J.; ZANELLA, A. V. **Imagens no pesquisar: experimentações**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2011. p. 147-167.

TITTONI, J. O fotografar, as poéticas e os detalhes. In: TITTONI, J.; ZANELLA, A. V. **Imagens no pesquisar: experimentações**. Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2011.

TREIN, A. L. O homo economicus na Política de Assistência: que deslocamentos são possíveis? In: TITTONI, J.; ZANELLA, A. V. **Psicologia e fotografia: alguns ensaios**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2016. p. 89-104.

TRISTE, LOUCA OU MÁ. Francisco, el Hombre. In: SOLTASBRUXA. Francisco, el Hombre. São Paulo, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório mundial sobre drogas**. United Nations Publication, 2022.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report**. United Nations Publication, 2020. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index2020.html>. Acesso em: 4 out. 2023.

VASCONCELOS, E. M. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento no campo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. **Religiões e o paradoxo apoio social/intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019.

VIEIRA JUNIOR, Itamar. **Torto arado**. São Paulo: Todavia, 2019.

WALGER, C. S.; SANTOS, A.; GULIN, L. Saúde mental masculina: um estudo sobre a procura por auxílio profissional. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/397>. Acesso em: 4 out. 2023.

WESTIN, R. Primeira Lei da Previdência, permitia aposentadoria aos 50 anos. **Agência Senado**, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 4 out. 2023.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

YAZBEK, M. C. Serviço Social, questão social e políticas sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. **Serviço Social em Revista**, v. 21, n. 1, p. 183-194, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2018v21n1p183>. Acesso em: 4 out. 2023.

APÊNDICE A – Tópico Guia para a Entrevista

Número da entrevista:

Idade:

Cor/Raça:

Profissão:

Está trabalhando no momento?

Escolaridade:

Grau de parentesco:

Quantos anos acompanha a pessoa em situação de uso de drogas?

- 1) Relate sua relação com as demais pessoas no apoio e cuidado com a pessoa em situação de uso de drogas.
- 2) Apresente as pessoas que te auxiliam no cuidado.
- 3) Apresente os serviços que você frequenta no território.
- 4) Sua expectativa sobre o que poderia ter nos equipamentos a fim de lhe auxiliar.
- 5) Sua opinião sobre o atendimento prestado.
- 6) Relate que enfrentamentos foram realizados no cotidiano do cuidado.
- 7) Expectativa sobre o acolhimento de suas demandas.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Por Elas: Retratos do cotidiano do cuidado de usuários de drogas”, que tem como objetivo conhecer o cotidiano de mulheres nas relações de cuidado com pessoas em situação de uso de drogas, visando compreender o contexto em que se inserem e colaborar com a criação de políticas públicas. Este estudo possui como pesquisadora responsável a professora Miriam Dias e como corresponsável Cristiane Schossler, discente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (mestrado) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

A sua participação consiste em participar de duas Oficinas de Reflexão sobre o cotidiano de cuidado, realizar algumas Fotografias a respeito do cotidiano de cuidado, bem como o acesso aos equipamentos sociais frequentados para realização desse cuidado, juntamente com outras 11 mulheres. As oficinas terão duração de cerca de 1 (uma) hora a 2 (duas) horas, as imagens serão realizadas de acordo com a disponibilidade do seu tempo e rotina.

É possível haver algum tipo de desconforto com o tempo de duração da atividade e a possibilidade de incômodo com as questões a serem debatidas. Considerando que a pesquisa possui baixo risco. Mas, você poderá deixar de responder a qualquer questão, se assim desejar.

A pesquisadora assume o compromisso de conduzir as oficinas de reflexão com respeito incondicional à sua livre manifestação, de modo a evitar qualquer dano e desrespeito pessoal e profissional. Caso ocorra alguma situação adversa durante a realização da pesquisa, você receberá o acolhimento necessário, e se for preciso, o atendimento em serviço especializado do município, sem nenhum custo pessoal, sob o acompanhamento da pesquisadora responsável.

Caso você tenha algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil,

Lei 10.406/2002, de 10/06/2020, Artigos 927 a 954; e resolução ONS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os benefícios da sua participação na pesquisa estão em contribuir para a compreensão dos enfrentamentos realizados no cotidiano do cuidado de pessoas em situação de uso de drogas e para a produção de políticas públicas para este fim.

A sua voluntariedade em participar do estudo está garantida, pois a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa, você pode interromper sua participação ou retirar seu consentimento, sem qualquer tipo de ônus ou prejuízo. Qualquer dúvida que você tiver durante a pesquisa poderá ser respondida pela pesquisadora.

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

No processo de análise e publicação posterior à pesquisa, será mantido o sigilo quanto a sua identidade e privacidade. Como meio de socialização dos resultados, estes serão apresentados no Caps-ad onde foi realizada a pesquisa, publicados em revistas científicas e apresentados em eventos acadêmicos. As oficinas de reflexão serão gravadas e ficarão armazenadas em um drive compartilhado entre a mestrande e a pesquisadora responsável sob os cuidados desta, pelo período de cinco anos, na sala 401-B do Instituto de Psicologia, sito na rua Ramiro Barcelos, nº 2600, bairro Santana - Porto Alegre/RS.

Destaca-se que o consentimento de participação na pesquisa não retira os direitos previstos nos termos da Lei nº 10.406/2002 e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de 2016 e 466 de 2012. Esse documento é apresentado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável, conforme inciso IV do artigo 28 da Resolução nº 510 de 2016, pelo período de 5 anos.

As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora responsável, professora Miriam Dias, pelo e-mail: miriamtgdias@gmail.com ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, bairro Santana - Porto Alegre - telefone 3308-5698, e-mail: cep-psico@ufrgs.br), e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus - HMD, Rua Grão Pará, 160. Porto Alegre. Telefone 3230-6087 em horário comercial ou através do e-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br.

Consentimento Pós Informação

Declaro que li e compreendi totalmente as informações fornecidas, e concordo em participar deste estudo, assinando este Termo, e guardando uma via assinada junto com a pesquisadora.

Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Mestranda: _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santana, Porto Alegre. Telefone 51-3308-5698. E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus - HMD, Rua José de Alencar 286, 11º andar. Bairro Menino Deus, CEP: 90880-481 Porto Alegre -RS. Telefone 51-

APÊNDICE C – Folder de Divulgação da Oficina



Você, mulher que faz o cuidado do seu
parente que usa álcool e/ou drogas,

*Vem participar da
pesquisa!*

**POR ELAS: RETRATOS DO COTIDIANO
DO CUIDADO DE PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE USO DE DROGAS**

Sua participação será através de duas oficinas de reflexão com duração de cerca de 1h30 cada. Onde vamos conversar sobre como é a rotina do trabalho do cuidado com o familiar usuário de drogas e como você se cuida no meio disso tudo e quais os outros serviços que você utiliza. O objetivo da pesquisa é conhecer como as mulheres cuidadoras de pessoas em situação de uso de drogas descrevem as formas cotidianas desse trabalho, visando compreender o contexto em que se inserem junto aos serviços de saúde e demais equipamentos sociais e colaborar com a criação de políticas públicas.

**Quer participar?
Dúvidas?**

**Venha no dia 07/12/2022
às 17h30 aqui no CAPS AD NHNI
conversar com as pesquisadoras!**

Pesquisadoras: Cristiane Schossler Garcia Nunes -
whats 98467-7811 e Miriam Dias

**A participação é 100% voluntária e você
pode interrompê-la em qualquer momento**



Pesquisa aprovada pelos comitês de ética em pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e Hospital Mãe de Deus