



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**ENTRE O SINTOMA E A DENÚNCIA: DISPUTAS E HORIZONTES  
ANTIMANICOMIAIS PARA O CUIDADO DE MULHERES QUE USAM DROGAS**

**Clara Parente Barreto Oka**

**Brasília - DF**

**2026**



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**ENTRE O SINTOMA E A DENÚNCIA: DISPUTAS E HORIZONTES  
ANTIMANICOMIAIS PARA O CUIDADO DE MULHERES QUE USAM DROGAS**

Clara Parente Barreto Oka

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Renata Magalhães Lordello. Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

**BRASÍLIA - DF**

**2026**

Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Renata Magalhães Lordello e co-orientação do Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

### **Banca Examinadora**

---

Dr<sup>a</sup>. Silvia Renata Magalhães Lordello (Universidade de Brasília)

Presidenta

---

Dr<sup>a</sup> Maria Inês Gandolfo Conceição (Universidade de Brasília)

Membra Titular Interna

---

Dr<sup>a</sup> Olga Maria Pimentel Jacobina (Fundação Oswaldo Cruz)

Membra Titular Externa

---

Dr<sup>a</sup> Isabela Machado da Silva (Universidade de Brasília)

Membra Suplente

## AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Desejo que minhas breves palavras de agradecimento e dedicatória alcancem e abracem cada pessoa que me acompanhou, desde aquelas que estiveram comigo quando o mestrado ainda era um sonho até as que vivenciaram comigo esse processo. Ter tido amparo e incentivo, em suas diversas formas, possibilitou que eu chegasse até aqui. Este trabalho é fruto de encontros, é fruto da coletividade. Obrigada por acreditarem no meu sonho e embarcarem nele junto comigo!

Este trabalho foi realizado com apoio financeiro da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), a quem agradeço muito pelo incentivo.

Dedico este trabalho a todas que me antecederam. A todas as mulheres que produzem ciência no Brasil e que constroem, com inventividade, as políticas públicas brasileiras. A todas as mulheres que resistem e enfrentam, diariamente, tantas violências, diagnósticos e apagamentos.

A todas as mulheres que constroem a Luta Antimanicomial. Em especial, às colegas do Fórum Revolucionário Antimanicomial do DF e do grupo Saúde Mental e Militância, representadas pelas parceiras de pesquisa Elisa, Vitória, Maria, Alice e Moema, pessoas fundamentais na minha vida, com quem dividi esses anos tão importantes e desafiadores;

Às professoras, supervisoras e colegas de trabalho com quem pude aprender tanto durante a minha formação. Às colegas do Ministério da Saúde pelo apoio diário, sem o qual esse Mestrado não seria possível. Às pessoas queridas que me apoiaram durante a Residência e às trabalhadoras dos serviços por onde passei - especialmente do CAPSad que acolheu nossa pesquisa. O que vocês fazem não se aprende em livro nenhum!

A todas as amigas e amores que me proporcionam afeto e colo nos tempos difíceis; que acreditam, se interessam e apoiam a minha jornada. Todas as palavras de carinho, preocupação e força serão lembradas para sempre. Em especial, à companheira de tantas lutas, Potira, que

me ensina diariamente sobre coragem. Tudo que faço é na intenção de construir um mundo melhor para cada um de vocês, para cada um de nós!

Às professoras da banca, Inês Gandolfo e Olga Pimentel, que, com generosidade, aceitaram estar comigo em mais uma etapa. Vocês são incríveis e foram essenciais em minha formação acadêmica, política e pessoal. O olhar de vocês é sempre muito especial e necessário, por isso, agradeço imensamente por aceitarem estar comigo mais uma vez!

A todas as pessoas usuárias do nosso SUS. Em especial, às usuárias do CAPS, que representam a todas nós. Às mulheres chamadas loucas, drogadas, doidas, dramáticas, histéricas, malucas. Nenhum dos nomes aos quais tentam reduzi-las dará conta da grandeza de suas – ou melhor, nossas – existências. Me renovo e me fortaleço em suas histórias, que são as verdadeiras protagonistas desta luta por um mundo diferente! Vocês me ensinaram tudo!

Aos “meus” queridos alunos da turma de Intervenções Psicossociais 2025.1, que tiveram a generosidade de me acompanhar na minha primeira experiência de docência, durante o Mestrado. Vocês são brilhantes e, a cada encontro, reforçaram em mim a certeza de que é possível construir uma Psicologia mais crítica, sensível e transformadora! Espero encontrá-los brilhando por aí, construindo a sociedade que acreditamos.

À minha família amada, que esteve presente em cada etapa aplaudindo (quase todas) as minhas decisões. Em especial, às mulheres que me criaram, minha mãe e minha avó, meus irmãos e meus dois pais - que me apoiam em tudo, mesmo perguntando semanalmente por que eu não escolhi uma área “mais tranquila”. Estudar em uma universidade pública federal, trabalhar no SUS e concluir o mestrado faz parte de um outro grande sonho: deixar vocês orgulhosos!

Aos meus orientadores e parceiros, Sílvia Lordello e Pedro Costa, que foram, cada um à sua maneira, imprescindíveis nessa caminhada e em tantas outras. Vocês são mais importantes do

que imaginam, e sou especialmente grata a vocês pela paciência, pela confiança e por acreditarem neste trabalho - muitas vezes mais do que eu mesma acreditei. Serei eternamente grata a vocês por abraçarem minhas angústias como se fossem suas e por me permitirem construir junto com vocês esse projeto! Vocês são atores fundamentais nessa transformação social em que tanto acreditamos, e espero que se lembrem disso todos os dias.

À Universidade de Brasília, um dos meus lugares preferidos do mundo, por ter me possibilitado tanto! Viva a universidade pública!

À pequena Clara que fui - cheia de rebeldia e esperança, cheia de inquietações e perguntas que não cabiam em respostas prontas. À menina que questionava demais, sentia demais, sonhava grande demais para caber nos silêncios que tentaram lhe impor. Que bom que não a abandonei no caminho. Que bom que não deixei que a diminuíssem ou "adequassem". É por ela - por sua sensibilidade, teimosia, fome de justiça e vontade quase ingênua de transformar o mundo - que sigo. Que essa coragem e inquietação continuem sendo a minha força.

**Acima de tudo, este trabalho é dedicado à memória e à vida das pessoas assassinadas diariamente pelos manicômios brasileiros. Todos os dias, relembramos e celebramos suas existências, que nos motivam a seguir lutando. Suas histórias jamais serão esquecidas!**

Para mim o utópico não é o irrealizável; a utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar. O ato de denunciar a estrutura desumanizante e anunciar a estrutura humanizante. Por esta razão, a utopia é também um compromisso histórico.

- Paulo Freire

## RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo investigar as trajetórias de vida de mulheres que fazem uso de drogas e sua relação com o cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Partindo de uma concepção crítica de Saúde Mental, este trabalho discute a histórica tendência de manicomialização das mulheres, compreendendo esse fenômeno como reflexo das heranças racistas, sexistas e classistas na realidade brasileira. O processo investigativo foi operacionalizado em dois estudos. Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura visando apreender concepções e tendências na produção acadêmica sobre o cuidado das mulheres na RAPS. No segundo momento, aprofunda-se a discussão em um estudo empírico, operacionalizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal (DF). Através de uma abordagem exploratória-descritiva, esta investigação foi composta por uma etapa de análise documental e uma etapa de observação participante - com registro em diário de campo e realização de entrevistas narrativas. Este trabalho denuncia um projeto de desassistência às mulheres por parte do Estado, através da tendência à homogeneização do cuidado e do apagamento de sua concretude. Apesar de representar um instrumento de garantia de direitos, a RAPS sofre processos de desmonte que atravessam o cotidiano dos serviços e a produção de cuidado. Nesse sentido, pensar um cuidado que se adequa às particularidades dos usuários perpassa, necessariamente, pelo fortalecimento da reforma psiquiátrica e das políticas públicas. Este trabalho resgata reflexões sobre a importância de novas concepções acerca do uso de substâncias, ainda visto sob uma ótica biomédica e proibicionista. Para tanto, nos convida a entender a luta antimanicomial como um processo radical de transformação da sociedade, a partir do qual seja possível existir e produzir uma vida mais humanizante e humanizada, com ou sem drogas

**Palavras-chave:** Mulheres que usam drogas; luta antimanicomial; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas; atenção psicossocial

## ABSTRACT

The present research aims to investigate the life trajectories of women who use drugs and their relationship with care within the scope of the Psychosocial Care Network (RAPS). Based on a critical conception of Mental Health, this study discusses the historical tendency toward the institutionalization of women, understanding this phenomenon as a reflection of racist, sexist, and classist legacies in Brazilian reality. The investigative process was operationalized through two main studies. Initially, a literature review was conducted to apprehend conceptions and trends in academic production regarding the care of women within RAPS. In a second moment, the discussion is deepened through an empirical study, carried out in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPSad) of Brazilian Federal District (DF). Through an exploratory-descriptive approach, this investigation consisted of a stage of documentary analysis and a stage of participant observation - with field diary records and the conduction of narrative interviews. This work denounces a project of women's non-assistance by the State, through the tendency of homogenization of care and the erasure of their concreteness. Despite representing an instrument of guarantee of rights, RAPS undergoes dismantling processes that permeate the daily life of services and the production of care. In this sense, thinking about care that is adequate to the particularities of users necessarily involves the strengthening of psychiatric reform and public policies. This work revisits reflections on the importance of new conceptions regarding substance use, which is still understood from a biomedical and prohibitionist perspective. To this end, it invites us to understand the anti-asylum struggle as a radical process of transformation of society, from which it becomes possible to exist and to produce a more humanizing and humanized life, with or without drugs.

**Key-words:** Woman who use drugs; anti-asylum movement; Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs; psychosocial care

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CTs - Comunidades Terapêuticas

DESMAD - Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas

DESME - Departamento de Saúde Mental

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GD - Guerra às Drogas

HP - Hospital Psiquiátrico

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDASFCF - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

ONG - Organização Não-Governamental

PAIUAD - Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PTS - Plano Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

**LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 1</b> - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....                             | 52  |
| <b>Tabela 2</b> - Estudos encontrados na revisão de literatura.....                            | 65  |
| <b>Tabela 3</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por raça/cor.....                        | 94  |
| <b>Tabela 4</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por faixa etária.....                    | 94  |
| <b>Tabela 5</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por faixa etária por escolaridade.....   | 95  |
| <b>Tabela 6</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por participação em programa social..... | 96  |
| <b>Tabela 7</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por status civil.....                    | 96  |
| <b>Tabela 8</b> - Distribuição das mulheres acolhidas por quantidade de filhos.....            | 97  |
| <b>Tabela 9</b> - Resultados em Temas e Subtemas.....  | 106 |

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO À DISSERTAÇÃO</b> .....  | 14  |
| <b>CAPÍTULO 1: UM ENSAIO SOBRE AS MULHERES E A LOUCURA</b> .....   | 20  |
| 1.1. Considerações iniciais sobre a história (tradicional) da loucura: onde estavam as mulheres?.....  | 20  |
| 1.2. Sintoma e/ou protesto? A sociogênese do sofrimento das mulheres e patologização da resistência às normas de gênero.....                 | 25  |
| 1.3. Dos "velhos" hospícios às Comunidades Terapêuticas: as novas-velhas violências manicomialmente atreladas ao gênero.....                 | 33  |
| <b>CAPÍTULO 2: DELINEANDO CONCEITOS E PONTOS DE PARTIDA</b> .....  | 42  |
| 2.1. Saúde Mental? Que droga é essa?.....  | 42  |
| 2.2. Entre a Reforma e a Contrarreforma: Impasses atuais na política de saúde mental.....  | 47  |
| 2.3. Diálogos (In)Existentes entre as Políticas Públicas e Mulheres que usam drogas.....   | 56  |
| <b>CAPÍTULO 3: CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES SOBRE MULHERES QUE USAM DROGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> ..... | 62  |
| 3.1. Percurso Metodológico.....  | 62  |
| 3.2. Resultados e Discussão.....   | 64  |
| 3.2.1. Caracterização geral dos estudos.....   | 65  |
| 3.2.2. Eixos Temáticos.....  | 70  |
| <b>CAPÍTULO 4: “QUASE QUE A DROGA ME DEIXA LOUCA!”: UM ESTUDO DE CAMPO SOBRE NARRATIVAS DE MULHERES QUE USAM DROGAS</b> .....                | 86  |
| 4.1. Caracterização do campo de pesquisa.....  | 86  |
| 4.2. Percurso Metodológico.....  | 89  |
| 4.3. Considerações Éticas.....   | 92  |
| 4.4. Resultados e Discussão.....   | 93  |
| 4.4.1. Etapa 1: Estudo Documental.....   | 93  |
| 4.4.2. Etapa 2: Inserção no campo.....   | 100 |
| 4.4.2.1. Apresentação das participantes.....   | 101 |
| 4.4.2.2. Apresentação dos temas e subtemas.....  | 106 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 158 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 164 |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 182 |

## INTRODUÇÃO

“Porque os humanos usam drogas?” Lembro-me com alguma clareza de assistir a uma aula que começou com essa pergunta, que dá nome ao capítulo através do qual Antônio Nery (2012) inicia sua obra “As Drogas na Contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais”. Eu estava no primeiro ano da residência em Saúde Mental, Álcool e Drogas - vivendo o primeiro ano do grande sonho da minha formação: trabalhar com Saúde Mental no Sistema Único de Saúde. Lembro-me desse dia como se fosse ontem, e de alguns outros em que esse questionamento se fez presente - em salas de aula, supervisões, rodas de conversa, eventos, palestras. Diante da pluralidade de possíveis respostas e desdobramentos dessa discussão, relembro parte da conclusão apresentada por Nery e pela professora (uma das mulheres mais inteligentes que já conheci): “Usam drogas porque são humanos, ora”. E, portanto, sofrem, choram, se divertem, sentem prazer, têm desejos, dores. Humanos têm necessidades humanas e, portanto, historicamente criaram meios de satisfazê-las. Durante muito tempo, essa resposta me bastou. Entender o fenômeno do uso de substâncias como um processo complexo, atravessado por múltiplas determinações, parecia o primeiro passo. E, de fato, foi.

Entretanto, ao longo de minhas aproximações com o campo da Saúde Mental e, mais especificamente, do cuidado às pessoas que usam substâncias, percebi que afirmar que “pessoas usam drogas porque são pessoas” era insuficiente. Embora seja sempre expressão e denúncia de processos amplos e coletivos, essa relação é também singular, marcada pela forma — mais ou menos humanizada — de ser e estar no mundo. Em outros termos, Maria não usa drogas porque é uma pessoa, mas porque é Maria; porque carrega uma história que não se confunde com a de João. É possível afirmar que a maioria dos humanos usam drogas? Arrisco dizer que sim. É possível afirmar que todos os humanos que usam drogas desenvolvem problemas relacionados a elas? Mulheres e homens usam drogas da mesma forma e pelos mesmos motivos? Por que tantos de nós não são vistos como “dependentes”? O que, afinal, nos

diferencia nessa relação? Imersa em indagações como estas, compreendi que, para entender e pensar o uso de drogas no campo do cuidado em Saúde Mental, era preciso aprofundar a compreensão sobre a quem esse cuidado se direciona - quem são essas pessoas, quem somos nós. Não bastava saber tudo sobre as drogas. Afinal, elas não são o sujeito do cuidado, nem a elas ele se dirige (idealmente). Se não nascemos e não crescemos nos mesmos contextos, se não partimos da mesma realidade, se não vivemos o mesmo Brasil, é preciso conhecemo-nos.

Esta pesquisa nasceu de um profundo desejo de pesquisar sobre a trajetória e realidade de mulheres usuárias de drogas, especialmente a partir da minha vivência como residente em Saúde Mental, Álcool e Drogas, mas também de minha vivência como mulher. Nos dois anos em que estive inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aprendi – não sem dificuldades - que o *todo* se constitui de *particularidades*, e que ignorá-las nos afasta da construção do cuidado integral que tanto almejamos e defendemos. Não por acaso, o diagnóstico da produção acadêmica denunciava o mesmo cenário, apontando para a universalização das práticas em Saúde Mental e para o apagamento histórico das especificidades das mulheres no campo e na Reforma Psiquiátrica (Pereira & Passos, 2017) – ainda que reconhecesse a histórica relação entre as mulheres e o sofrimento/a loucura.

Foi nesse contexto, ainda permeado por controvérsias, que me reconheci como psicóloga e trabalhadora da Saúde Mental. Mais do que assumir, finalmente, uma identidade profissional, foi no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que me entendi antimanicomial - de forma consciente, pela primeira vez, sobre o que isso significava. Foi a vivência cotidiana que me ensinou tudo. Foi trabalhando com usuários e usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), ouvindo suas histórias e acompanhando suas trajetórias que percebi as tantas incoerências e limitações de nossa formação. Foi ali onde conheci de perto o tal “nó das contradições sociais”, sobre o qual Saffioti (2015) escreveu; onde me deparei com a contrarreforma acontecendo diante dos meus olhos - através do

desfinanciamento da rede, da desvalorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), da infraestrutura aquém da necessária.

Curiosamente, foi ao tensionar os limites da própria Psicologia que mais me reconheci como parte dela. Ao questionar agendas estritamente individuais, deslocar-me do setting tradicional para o território, problematizar o apego às classificações diagnósticas e à medicalização, fui consolidando minha identidade ali, na vida pulsante que extrapola as teorias enrijecidas da Psicologia hegemônica. Longe de desconsiderar a relevância da clínica individual - através da qual tantos de nós produzimos tanto cuidado -, me reconheci mais forte e coerente com o que acredito ao explorar outros espaços que produzem cuidado e vida: a rua, a coletividade, a comunidade. Foi no território, no trabalho em grupo, nas conversas embaixo de árvores, nos lanches comunitários, nos atendimentos improvisados na calçada, nas visitas domiciliares, nas reuniões de matriciamento, nas assembleias e na militância onde me reconheci, mesmo com tantos questionamentos. Amparada e inspirada por tantas que me antecederam e por tantas que me acompanham, me descobri Psicóloga na luta cotidiana por um mundo melhor, mais justo e mais coletivo - dentro e fora da clínica. Na verdade, entendi que é apenas na luta por outro mundo que o cuidado acontece verdadeiramente.

Paradoxalmente, foi também nesse campo que testemunhei, de forma mais pronunciada, as iniquidades e expressões do sofrimento coletivo. Por esse motivo, este trabalho dedica-se à assistência no campo das drogas, tendo as mulheres como foco. Essas mulheres que pouco vi representadas e cujas histórias me marcaram, têm muito a dizer – embora raramente encontrem escuta, exceto quando se trata do cuidado de seus companheiros, filhos, netos, enteados, sobrinhos. Sem romantizar suas trajetórias – nas quais coexistem agência, protagonismo e profundas vulnerabilidades -, este trabalho propõe-se a ouvi-las, reconhecê-las e apreendê-las criticamente, como forma de denúncia e também afirmação de existência. Que possamos, ainda

que em passos modestos, avançar em direção à utopia que nos mobiliza e pela qual lutamos: uma sociedade para todas as pessoas, uma sociedade sem manicômios.

Diante da imensidão do “campo das drogas”, realizo minhas escolhas mobilizada por minha própria história e formação. Dito isso, reforço que este é um trabalho comprometido em ouvir mulheres e suas histórias, sonhos, tristezas, seus encontros, desejos, projetos - o que implica reconhecer uma trajetória marcada não apenas por silêncios, mas por silenciamentos. Dou início à minha escrita, portanto, rememorando um pouco dessa trajetória histórica que, de forma perversa, nos excluiu. Nesse sentido, o Capítulo 1 apresenta um ensaio teórico sobre a histórica manicomialização de mulheres ao longo do tempo. Nele, exponho inquietações e reflexões iniciais acerca do tema (sua historicidade e atualidade), que acenderam em mim a urgência de se pensar a atenção psicossocial e o cuidado às mulheres loucas e usuárias de drogas. Esse capítulo delinea o terreno sobre o qual pretendo caminhar na literatura sobre as mulheres, propondo-se, simultaneamente, como introdução e provocação para a pesquisa como um todo. É a partir da escrita desse capítulo (o primeiro que escrevi) e das provocações nele suscitadas que defino e elejo meus delineamentos, bases teóricas e objetivos de pesquisa.

Após contextualização do tema, apresento, ainda que brevemente, minhas escolhas teórico-epistemológicas na saúde mental. De que Saúde Mental estamos tratando? Como compreendemos o uso de drogas? Qual concepção de cuidado sustenta essa pesquisa? No Capítulo 2, busco responder essas e outras perguntas, percorrendo alguns conceitos fundamentais e explicitando os pontos de partida que orientaram meu olhar ao longo do processo investigativo, para além dos já apresentados no capítulo anterior. Incluo, ainda, um curto e recente panorama da política de saúde mental no Brasil, buscando abarcar a relação Reforma-Contrarreforma Psiquiátrica e a relação - pouco animadora - entre as políticas de saúde mental e as políticas para as mulheres.

Seguindo adiante, o Capítulo 3 apresenta o primeiro estudo de pesquisa desta dissertação, estruturado como revisão de literatura. Nele, debruçamo-nos sobre a produção acadêmico-científica referente às mulheres que usam drogas – e necessitam de assistência - e sua inserção nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Considerando o cenário histórico de institucionalização, desassistência e precarização do cuidado voltado às mulheres - discutido no primeiro capítulo - a RAPS representa um inquestionável avanço, fruto das lutas dos movimentos sociais, usuários e trabalhadores da Saúde Mental. Por esse motivo, o estudo de revisão visa apreender de que forma este cuidado tem sido pensado na literatura nacional. Essa revisão também tem como objetivo investigar que representações temos das mulheres que usam drogas dentro da rede. Quais dispositivos frequentam? Como o cuidado tem sido pensado? Práticas exitosas são encontradas? Os resultados do estudo foram essenciais para nortear a inserção no campo.

Os achados do capítulo três nos conduzem, finalmente, ao estudo empírico. Estimulada pelos questionamentos e lacunas identificadas na revisão, apresento no Capítulo 4 a pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Distrito Federal. Este estudo teve como objetivo conhecer as histórias de vida e trajetórias de mulheres usuárias de drogas inseridas no serviço. Quem são essas mulheres? De onde vêm? Que demandas apresentam? Que outros espaços de cuidado atravessaram sua história? Reconhecendo a complexidade do cenário e limitações inerentes da pesquisa (tempo, espaço, deslocamentos), optou-se por um método de coleta que permitisse a compreensão do fenômeno de modo abrangente, mas sem desconsiderar especificidades. Nesse rumo, a pesquisa de campo foi operacionalizada em dois momentos, compreendendo uma etapa quantitativa, através de análise documental de prontuários, e uma etapa qualitativa, através de observação participante. Cabe destacar que essa brevíssima inserção no campo não visa esgotar concepções sobre o cuidado na rede, muito menos reduzi-la a um serviço específico. Nesse sentido, compreenderemos, a todo instante, que

esta é uma representação singular do cenário - representação que é, indubitavelmente, determinada pelo tecido social geral, porém mediada por suas particularidades. Os achados serão compreendidos, portanto como partes constitutivas de uma realidade maior e mais ampla – que permanece como horizonte analítico constante.

Encerramos a dissertação apresentando considerações gerais sobre os achados, articulando reflexões obtidas ao longo do percurso da pesquisadora. Trata-se de um exercício de síntese, que busca não apenas retomar e comentar os principais achados – alguns deles já conhecidos – como também explicitar limitações, possíveis caminhos e, sobretudo, suscitar reflexões necessárias aos próximos passos.

Esta pesquisa foi desenvolvida durante o auge da hegemonia das Comunidades Terapêuticas (CTs) - os “novos-velhos” manicômios brasileiros -, em meio ao enfrentamento à escalada de ataques à RAPS e às políticas sociais; na época em que duas mulheres foram deixadas para morrer em um manicômio público e ilegal na capital federal <sup>1</sup>(entre tantas outras que não foram noticiadas) e em que 130 pessoas foram assassinadas em nome da guerra “às drogas” na operação policial mais letal em uma comunidade que este país já viu. Diante dessa realidade, reforçamos nosso posicionamento antimanicomial como orientador desta pesquisa e, por conseguinte, seu compromisso antiproibicionista e antipatriarcal. - entendendo que tudo o que aqui se denuncia é reflexo e expressão da nossa sociabilidade, que demanda, o quanto antes, ser repensada.

---

<sup>1</sup> (Brasil de Fato, 2025). Mais uma morte no Hospital São Vicente de Paulo: até quando?  
<https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2025/04/29/mais-uma-morte-no-hospital-sao-vicente-de-paulo-ate-quando/>

## CAPÍTULO 1

### UM ENSAIO SOBRE AS MULHERES E A LOUCURA

#### **1.1. Considerações Iniciais Sobre a História (Tradicional) da Loucura: Onde Estavam As Mulheres?**

Durante toda a história da humanidade - especialmente após a Era Moderna -, mulheres tiveram suas trajetórias classificadas, interrompidas e associadas ao desvio, devido a suas atitudes e posturas insurgentes ou subversivas às normas sociais vigentes (Ongaro Basaglia, 1987; Lagarde, 2005; Miranda, 2016). Para uma compreensão contextualizada nesse processo, no entanto, é preciso aprofundar em sua historicidade e suas especificidades, visto que a compreensão da loucura - utilizada muitas vezes como prerrogativa para silenciamento e violência - não é consensual e, tampouco, desatrelada da vida social histórica, perpassando diferentes abordagens. Este exercício retrospectivo se inspira na ideia de Fanon (2020) de que é preciso olhar para o passado, o presente e o futuro, reconhecendo como os ecos de ontem reverberam no hoje e como a memória se torna ferramenta estratégica para imaginar o que ainda pode vir a ser.

Com o advento da Idade Moderna e a ascensão do capitalismo, a loucura - antes compreendida através de uma ótica mística, religiosa ou mágica - passa a ocupar outro lugar social, sendo atrelada à psicopatologia e associada à desrazão, à alienação e ao desajuste ao novo formato de vida produtiva (Cusinato, 2016). Como bem colocam Franco e Franca Basaglia (1979), não é coincidência o surgimento dos manicômios nesse período histórico. Agora, a partir da concepção de loucura como doença e da necessidade de separar o homem produtivo do improdutivo, as instituições psiquiátricas surgem como subproduto das relações sociais (Gradella Junior, 2008), operando como instrumento de exclusão do Estado Burguês. Nesse sentido, é crucial que o entendimento da loucura e de sua abordagem na sociedade moderna

perpasse também pela compreensão desse novo modo de produção, o capitalismo, visto que são parte constitutiva deste.

No clássico "História da Loucura", Foucault (2007) sistematiza o percurso que aponta as diferentes concepções desde a Idade Média até a modernidade, ressaltando seu caráter histórico e cultural. Estudos sobre a loucura como "doença" nascem com Pinel, médico francês precursor da Psiquiatria Moderna, compreendendo o início do século XVIII em diante. Nesse momento, o tratamento direcionado à "alienação mental" (Teixeira, 2019) era, basicamente, de cunho moral. Para livrar-se dos chamados "alienados", a sociedade burguesa - com legitimação da psiquiatria - passa a considerá-los como perigosos e como verdadeiras ameaças à ordem pública, tratando de excluí-los e aprisioná-los nos manicômios (Machado, 2008). Cabe ressaltar que nessa transição para a sociedade moderna, a irracionalidade já era mais associada às mulheres, não sendo essa relação algo recente (Kurchaidt et al., 2023) - mas sim modificado pelas novas leituras do fenômeno. De acordo com a literatura, o próprio Pinel entendia que elas estavam mais próximas da loucura devido à sua natureza biológica e de acordo com Barbosa, Dimenstein e Leite (2014), a própria criação da histeria (derivada da palavra grega "útero") foi uma das primeiras tentativas de justificar "cientificamente" a loucura do corpo feminino - antes entendida a partir de uma lógica religiosa. Esse clássico diagnóstico, assim como a psicose maníaco-depressiva e outros, eram vistos como típicos do universo "feminino" (Miranda, 2016), e como expressão da fragilidade e das mazelas essencialmente femininas.

É importante lembrar que os hospitais, em um momento inicial, não eram considerados instituições médicas, mas instituições filantrópicas, de caridade, cujo objetivo principal era oferecer abrigo e assistência aos pobres, miseráveis, mendigos (Amarante, 2007). No Brasil, o Hospício D. Pedro II (que posteriormente toma o nome "Hospital dos Alienados"), inaugurado em 1852, foi o primeiro serviço voltado para tratar exclusivamente esse público (Coelho, 2023), e, nessa época, além de abrigo e alimento, também visava-se ofertar "cuidados religiosos".

Apenas um pouco adiante, com o surgimento do Hospital Geral - referido por Foucault como "A Grande Internação" -, esse espaço vai perdendo seu caráter assistencial e adquirindo uma nova função, a de "tratamento", ao passo em que a Medicina vai ocupando o lugar de poder antes ocupado pela filantropia e pelo clero. Destaca-se que apesar das mudanças conceituais acerca do sofrimento psíquico (agora passível de tratamento médico, e não espiritual), a transformação do hospital de um lugar de assistência para um lugar de tratamento não ocasionou na libertação dessas pessoas (Amarante, 2007). Ocorre que, agora, os loucos, as pessoas em sofrimento, os usuários de drogas, permanecem enclausurados pelo "imperativo terapêutico" (p. 35), e a ótica passa a ser outra, pois o entendimento da loucura agora está atrelado à noção de doença mental - concepção que nasce com o capitalismo e com a recente ciência psiquiátrica.

Nesse momento, fortalecida como um dispositivo estratégico para o capitalismo burguês, a Psiquiatria produz o manicômio como mais um lugar para homogeneizar e mistificar as contradições sociais, ou seja, ocultá-las. Não coincidentemente, o que se percebe é uma tendência à manutenção das desigualdades de gênero, raça e classe dentro dessas instituições - num reflexo de como a sociedade capitalista se comporta fora dos muros. Esse aprofundamento das diferentes opressões e explorações - agora mediadas e justificadas pela ciência médica - é discutido por diversos autores (Passos, 2017; Fanon, 2008; David & Vicentin, 2020), que denunciam a presença mais acentuada de corpos negros, pobres e marginalizados nessas instituições como uma demonstração de que estas são um reflexo da relação histórica entre o racismo e a manicomialização da sociedade - relação justificada e sustentada pelo racismo científico e outras estratégias. É partindo dessa compreensão que percebemos o manicômio como instrumento do Estado para administrar e gerenciar corpos que devem ser mortos ou deixados para morrer.

Após a Segunda Guerra Mundial, olhares contemporâneos se voltam com mais atenção e criticidade às instituições psiquiátricas, de forma que as condições precárias e violentas naqueles espaços passam a ser questionadas e, inclusive, associadas à realidade dos campos de concentração. A partir disso, iniciam-se as primeiras iniciativas de reforma psiquiátrica, sendo algumas das mais conhecidas: a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a psiquiatria democrática e a antipsiquiatria (Amarante, 2007). Esse breve resgate é essencial para compreender sobre que pano de fundo se constitui a compreensão atual de Saúde Mental e de sua abordagem. Porém, a escassez de um olhar crítico de gênero na história tradicional (e mais amplamente conhecida) da saúde mental e a tendência à homogeneização dos “loucos” nas narrativas ocasiona um certo “apagamento”, uma falta de detalhamento da realidade das mulheres - realidade que se perpetua invisibilizada até os dias atuais.

Nascimento e Zanello (2014) argumentam que se as histórias narradas sobre homens loucos na “História da Loucura” já são violentas - permeadas por opressão e estigmatização -, o cenário se aprofunda para as mulheres, que, diante de uma cruel invisibilidade, sequer tiveram suas histórias igualmente detalhadas na literatura científica de forma geral. Nas palavras dos autores, “Se toda a História da Loucura se estrutura em torno daquilo que Foucault chamou de *‘Arqueologia do silêncio’*, há muito do que se falar sobre os silêncios internos ao silêncio da loucura. Há, no texto foucaultiano, um silenciamento sobre a diferença de tratamento entre loucos e loucas” (p. 28). Passos (2017) também denuncia essa histórica ausência. Segundo a estudiosa, é notória a escassez de produções acadêmicas que se debruçam sobre as temáticas de gênero e raça no campo da saúde mental, na história da loucura e da psiquiatria. Muito mais do que impedir a mera representatividade desse público, a lacuna que este manuscrito busca desvelar obstaculiza que progressos sejam ambicionados, “inclusive, nas abordagens dos serviços substitutivos, uma vez que naturalizamos as desigualdades e opressões sociais, raciais/étnicas e de gênero” (p. 77). Apenas nomeando e detalhando essas histórias, portanto,

teremos a compreensão de sua especificidade e historicidade, para, enfim, pensar novos caminhos.

Ao passo em que se percebe um apagamento e um silenciamento das narrativas de mulheres na história sobre a loucura, a literatura também menciona a facilidade com que essas mulheres eram enviadas aos manicômios (Coelho, 2023), visto que sempre foram mais associadas à temática. Nesse rol de movimentos complexos e contraditórios, relembramos registros clássicos desse processo de manicomialização, como a história narrada por Amarante (2007) em “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, sobre uma mulher que foi esquecida em uma solitária e foi encontrada morta muitos anos depois, com o seu corpo petrificado e sua silhueta já marcada no chão. "Seu crime era ser louca" (p. 62), escreve ele. Em outro resgate, Costa et al (2015) apontam que a partir de uma superlotação de mulheres no Hospital Nacional, foi necessário criar, em 1911, uma “Colônia de Alienadas” - instituição que abrigou inicialmente 200 mulheres e na famosa obra “A Instituição Negada”, Franco Basaglia narra a famosa experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, onde a ala feminina foi a última a ser encerrada. "O último setor fechado no hospital tem, em outubro de 1967, cem internadas" (Basaglia, 1968, p. 199).

Em seu artigo sobre experiências do famoso Hospício do Juquery, em São Paulo, Maria Clementina Pereira Cunha narra a história de Eunice. Segundo os responsáveis pelo seu diagnóstico, "ela havia começado a ter comportamentos estranhos: escrever livros escolares, fundar escolas noturnas para alfabetização de adultos (...) não admitindo a intervenção de pais ou irmão em suas escolhas pessoais. (...) Após cinco meses de internamento, práticas terapêuticas e disciplina asilar, Eunice finalmente cedeu, aceitando voltar à casa paterna." (Cunha, 1989, p. 125). No livro "Hospício é Deus", escrito entre 1959 e 1960 em uma de suas internações, Maura Lopes Cançado narra em formato de diário sua trajetória de institucionalização no Engenho de Dentro. "Com o que escrevo poderia mandar aos "que não

sabem" uma mensagem do nosso mundo sombrio. (...) Não sei. Muitas internadas escrevem. O que escrevem não chega a ninguém - parecem fazê-lo para elas mesmas." relata. Outra trajetória interrompida e pouco conhecida pela história é contada no livro "Reino dos bichos e dos animais é o meu nome", organizado por Viviane Mosé. Em 1962, Stella do Patrocínio, poetisa, mulher negra, empregada doméstica e pobre, caminhava pelas ruas do Rio de Janeiro quando foi sequestrada pela polícia e despejada no sistema manicomial, onde permaneceu até sua morte, em 1992. "Mas eu estava com saúde, estava com muita saúde. Me adoeceram, me internaram no hospital e me deixaram internada. E agora eu vivo no hospital como doente".

É evidente que mesmo antes do surgimento da psiquiatria enquanto ciência, mulheres já eram mais associadas à loucura. Com a chegada da sociedade moderna, elas começam a ser abordadas a partir de um outro olhar e passam a ser um público comum nas novas instituições psiquiátricas - dispositivos estratégicos e típicos da sociabilidade capitalista (Gradella Jr, 2008). No entanto, a produção científica e a história contada sobre a loucura nem sempre acompanhou com criticidade suas narrativas, perspectivas e especificidades, sendo pouco expressivas as produções que se debruçam sobre esses casos. Se a Luta Antimanicomial busca não apenas o fim das instituições manicomiais, mas a extinção das tantas formas de poder e controle social, não é possível pensar esses horizontes sem pensar as questões de gênero, classe e raça - constitutivas de nossa sociedade. Se a psiquiatrização da sociedade não aconteceu de forma homogênea, como argumentam Passos e Pereira (2017), tampouco deve ser homogeneizada a compreensão do tema, que vai muito além do campo da saúde mental.

## **1.2. Sintoma e/ou Protesto? A Sociogênese do Sofrimento das Mulheres e a Patologização da Resistência às Normas de Gênero**

No mesmo contexto de fortalecimento da Psiquiatria, também se estabelecem importantes padrões de comportamento baseados nas diferenças de gênero, com vistas à

perpetuação de uma determinada ordem social e de uma certa concepção do que é ser homem e mulher (Federici, 2019; Saffioti, 2015; Bolzan, 2015; Cardoso & Sousa, 2025). A literatura aponta que nesse momento iniciava-se uma afirmação mais intensificada dos papéis sociais na sociedade burguesa, de tal forma que recusá-los ou não os exercer corretamente era visto como ameaçador. Trata-se de um padrão prescritivo, que se atualiza ao longo da história mantendo intacta a sua natureza de dominação. Ao fugir dessa norma, mulheres esbarram-se com o campo da loucura. Exemplo desse processo, a divisão sexual do trabalho, assim como outros processos de diferenciação de papéis, naturalizou os homens na esfera produtiva - atividade de maior valor social - e as mulheres na esfera reprodutiva (Hirata et al, 2007). E essas primeiras afirmações vão se intensificando ao longo da história e consolidando importantes regimes de controle social dos corpos e de poder, sobre os quais nos debruçamos a seguir.

Compreendido como uma construção simbólica e histórico-cultural que confere uma série de atributos e expectativas a partir do sexo biológico, o gênero define maneiras de existir, oportunidades e lugares sociais específicos para cada grupo (Lagarde, 1996). Em diálogo com autoras como Heleieth Saffioti e Joan Scott, entende-se que essa construção sustenta uma estrutura de poder desigual - que podemos chamar de estrutura patriarcal -, partindo da diferença anatômica para produzir desigualdades sociais e políticas. Essas desigualdades não são naturais e, muito menos, inatas. Além disso, é importante reafirmar que as concepções acerca do gênero são diversas, culturais e, portanto, fruto dos diferentes tempos históricos. Nesse sentido, não é objetivo deste ensaio tomar uma perspectiva teórica como correta, e sim problematizar como as diferentes formas de ser mulher impactaram, ao longo da história, suas vivências concretas relacionadas à loucura, entendendo a todo momento essas diferentes compreensões como reflexo de uma conjuntura e de uma leitura específica de gênero, raça e classe. Segundo Saffioti (2015), estes três elementos influenciam, conjuntamente, na vivência de dominação das mulheres na sociedade capitalista, se apresentando como organizadores

centrais desse sistema. Não se trata de "somar" quantitativamente diferentes opressões, mas de entender uma complexa situação que pode ser atravessada por diferentes mediações históricas e culturais. Nesse rumo, pensar as diversas expressões de identidade e da sexualidade também é fundamental.

Ao trabalhar com a noção de "servidão voluntária", Lagarde (2005) analisa que mulheres estão destinadas a cumprir expectativas de feminilidade segundo as quais elas devem ter sua existência centrada e direcionada ao serviço para o outro. Seus papéis sociais seriam, portanto, relacionados ao cuidado, à reprodução, à domesticidade, e nesse caminho, já se percebe um processo de "adestramento", com a definição clara e rígida de comportamentos e normas a serem seguidas. Esse movimento, que aconteceu com o pleno apoio da igreja e do discurso médico, "fazia parte do processo civilizatório e, no Brasil, fez-se a serviço do processo de colonização" (Del Priore, 1995, p. 27), especialmente se considerarmos os atravessamentos de classe e raça. Evidencia-se nesse percurso a relação direta entre esses papéis sociais e as violências referidas neste manuscrito, visto que essas designações históricas também se fazem fortemente presentes no campo da saúde mental e das drogas (Maciel & Medeiros, 2017), impactando a concepção de normalidade/anormalidade e a designação de diagnósticos e dos tratamentos. Nessa ótica, é importante ressaltar a centralidade do campo psi na legitimação e utilização desses estereótipos e papéis sociais para patologizar mulheres que os recusam.

Em seu trabalho, Kurchaidt et al (2023) analisam como as obras da antropóloga mexicana Marcela Lagarde e da socióloga italiana Franca Ongaro Basaglia denunciam o enlouquecimento feminino a partir do não-cumprimento dos papéis sociais. Segundo os autores, tanto Marcela quanto Franca fazem leituras do processo de sofrimento psíquico das mulheres como necessariamente atravessado pela categoria do gênero, sendo preciso, portanto, considerá-lo em qualquer discussão sobre saúde mental. Utilizando uma concepção autoral, Lagarde afirma que a vivência das mulheres é atravessada pela inserção em "cativeiros" -

espaços que definem e limitam as possibilidades de suas vidas -, e que estes se expressam e tomam forma nas diversas instituições e espaços sociais: o convento, o bordel, a prisão, os manicômios e suas próprias casas. Partindo de uma compreensão marxista, a autora entende que o gênero feminino opera na determinação de formas de ser e trabalhar; extrapolando essa noção quando argumenta que, ao terem suas principais funções (o papel de cuidado e a reprodução) atreladas historicamente ao corpo, independente da classe, mulheres continuariam presas de diferentes formas a seus cativeiros (Lagarde, 2005).

Franca Basaglia (1987), em direção semelhante, analisa que o sofrimento subjetivo das mulheres tem sua determinação fundada na desigualdade social e histórica gerada pela diversidade entre os corpos. Apesar de reconhecer diferentes ângulos e margens de opressão e privilégios derivados de outros marcadores, a autora argumenta que o corpo feminino historicamente se configurou como uma prisão natural e cultural, de forma que nascer mulher em uma sociedade sexista já instala o primeiro nível de opressão, comum a todas as mulheres. Apesar da grande relevância das obras de Marcela Lagarde e Franca Basaglia, não havia versões oficiais em português das mesmas até 2025, quando Paulo Amarante e Leandra Brasil organizaram a coletânea "Franca Ongaro Basaglia: Ilhas, Percursos das Defesas e das Liberdades e Outros Ensaios sobre Direitos Humanos, Feminismos e Saúde Mental". De acordo com Kurchaidt et al (2023), "a produção reconhecida e validada sobre a loucura, na verdade é sobre a loucura masculina" (p. 460). Não coincidentemente, percebe-se uma marginalização dessas mulheres que se debruçaram sobre a realidade de outras mulheres nos espaços de construção e valorização do conhecimento, e essa percepção se faz central para compreender nossos argumentos, que questionam também esse apagamento na produção científica.

De acordo com Zanello (2018), a experiência romântica e materna se constitui como experiência vital para as mulheres, dizem respeito à sua identidade, constituem e direcionam o que seria o "ser mulher". Diante disso, a partir da naturalização da posição de "cuidadora,

materna, zelosa, amorosa”, do investimento desproporcional nas relações, da abdicação e da dedicação integral aos outros, mulheres se constroem em torno de um “abandono de si mesmas” (Lagarde, 2013), o que dialoga com o conceito de *cuerpo-para-otro*, utilizado por Franca Basaglia (1987). Em outras palavras, “a mulher só faz sentido e só pode se realizar e se manter sadia no interior de uma relação amorosa, objeto do amor sexual do marido e do amor filial da prole, aos quais ela tem o pendor e a obrigação de retribuir com a generosidade, a doçura e a resignação que a natureza lhe impôs” (Cunha, 1989, p. 131). Compreende-se, portanto, que essa construção social à qual são submetidas as mulheres passam a ser normalizada, de maneira que a "essência" feminina pressupõe um propósito de amar, cuidar e dar suporte aos outros, numa destinação natural à maternidade. Segundo Passos (2019), essa ideia é alimentada pelo mito do amor materno, conceito abordado por Badinter (1985) que naturaliza/essencializa o amor da mãe pelo filho, impondo um padrão inalcançável de abnegação em detrimento de outras tantas experiências que constituem o "ser mãe". O questionamento ou a transgressão a esse "modelo", o não cumprimento das expectativas seria, a partir de então, alvo de julgamento moral, estigmatização e, por conseguinte, gerador de sofrimento, objeto da psiquiatria e da violência manicomial. Em seu estudo "De escravas a cuidadoras", Passos (2017) também denuncia o aspecto racial histórico dessas naturalizações: para a mulher negra, a imposição do exercício de papéis de cuidado - somado aos serviços domésticos - é perpetuada de forma ainda mais perversa e complexa devido a herança escravocrata.

Em sua pesquisa sobre a atuação da psiquiatria em uma internação, Engel (2004) sinaliza que para as mulheres, as razões para o diagnóstico perpassaram com muita frequência o tema da sexualidade (sendo patologizada a sexualidade extraconjugal ou sem fins reprodutivos) e a desconformidade com o ideal de maternidade. No mesmo capítulo, exemplifica outros argumentos para a classificação de mulheres como loucas: "Infidelidade, menstruação irregular, vivacidade, distúrbios uterinos, desejo sexual, recusa de desempenhar papéis como de esposa,

de mãe (...)" (citado por Souza, 2021, p. 28). Em levantamento realizado por Zanello et al (2012), são referidos como sintomas psiquiátricos das mulheres atributos físicos como "obesidade" e desvio de comportamentos esperados, como "recusa ou indisponibilidade para tarefas domésticas". "Feiura", "hiperexcitação" e "desconfiança do marido" também aparecem em prontuários de mulheres em internações psiquiátricas (Cunha, 1989), deixando mais uma vez evidente que a "anormalidade" das mulheres é identificada através de comportamentos de negação das expectativas ou através da adoção de comportamentos "masculinos" (Pereira, 2019). Aqui, cabe mencionar o uso de drogas como um desses comportamentos.

No imaginário social, mulheres são compreendidas como "guardiãs" da moral, dos costumes e da ordem (Silva, 2021). Ao fazerem uso de drogas - comportamento incompatível com seus papéis sociais -, mulheres confrontam essa determinação moral da sociedade e, por conseguinte, confrontam o sistema social vigente (Bucher, 1992). Esse uso é visto como uma degradação moral, como um verdadeiro desmantelamento das bases da família e da sociedade. Como Franca Basaglia aponta em sua obra "Mujer, locura y sociedad", mulheres fortes, inteligentes, não maternais e mulheres que apresentam características relacionadas à autonomia e independência são lidas como "contra naturais" (Basaglia, 1987). Nesse sentido, a imagem pública da mulher que faz uso de álcool e outras drogas é uma imagem transgressora, pois não é aceitável que alguém recuse seu papel de disponibilidade exclusiva aos outros para ousar obter satisfação e prazer próprios, em um comportamento tão autocentrado - esse privilégio é destinado apenas aos homens. Ainda segundo o pensamento da autora, "quanto mais restritos os papéis sociais esperados dela, mais graves os tipos de infrações e rótulos sanções psiquiátricas que recaem sobre elas (...)" (Kurchaidt et al, 2023, p. 464), o que reflete parte das infinitas violências que vivenciam mulheres que usam drogas.

Em seu estudo sobre mulheres que fazem uso de crack, Maciel e Medeiros (2017) destacam que um aspecto que contribui para a estigmatização dessas mulheres é a dificuldade

em manter cuidados com a aparência, o que é socialmente visto como uma obrigação moral - especialmente quando estão em situação de rua. “Priorizar a droga” e não a beleza - assim como a família, a maternagem e os “bons costumes” - seria interpretado como um afastamento do seu lugar natural. Esse comportamento seria, então, considerado justificativa para punição por meio do aparato manicomial. Contudo, essa percepção deixa escapar várias dimensões do uso da substância, que historicamente já se mostrou diverso e plural. Para além das possibilidades de uso recreativo ou terapêutico -, o consumo de drogas como o crack, que tem um efeito estimulante e potencializa o estado de alerta, pode ter uma funcionalidade crucial na proteção física dessas mulheres, especialmente no contexto de vulnerabilidade extrema quando em situação de rua (Souza et al, 2016). É importante lembrar as diversas campanhas publicitárias endereçando às mulheres determinadas substâncias lícitas como os estimulantes e anorexígenos, num reforço ao ideal estético (Ferreira, 2013) e também à manutenção de sua performance na dupla (às vezes tripla) jornada de trabalho. O uso dessas substâncias, por sua vez, não é estigmatizado.

Como evidenciado, na medida em que são destinadas à abdição a partir dessa noção de "essência feminina" (Passos, 2017), basta qualquer desvio aos ideais para que mulheres sejam estigmatizadas ou mesmo institucionalizadas (Garcia, 1995). Nesse caminho, cabe destacar que o ideal é: branco, magro e heterossexual. E diante disso, a violência manicomial também compareceu: apesar da notória repressão da liberdade sexual feminina nas instituições asilares, a literatura sugere que é uma prática comum, principalmente em festas e celebrações, a formação de casais heterossexuais para danças e a permissividade ao toque (beijos) e ao romantismo entre homens e mulheres (Mazetto et al, 2023) - reforçando-se que a sexualidade feminina só é autorizada quando em acordo com o ideal heteronormativo e com a configuração tradicional de família. Em contrapartida, qualquer outra manifestação da sexualidade tornava as mulheres loucas, “devassas”, “irrecuperáveis” - como o próprio Pinel considerava -

simplesmente por "um exercício não conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade" (Engel, 2004 p. 333). A construção dos diagnósticos era realizada, muitas vezes, a partir de relatos de terceiros - não coincidentemente, homens: maridos, pais, filhos -, o que sugere, mais uma vez, a ausência de imparcialidade e a intencionalidade desse processo.

Na antiga Colônia de Barbacena, fundada em 1903, aproximadamente 70% das pessoas internadas não possuíam sequer diagnósticos psiquiátricos (Arbex, 2013). Dentre os internos, a autora menciona "prostitutas, meninas grávidas, mulheres que perderam a virgindade fora do casamento" (p. 25) e "esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante [...]" (p. 18). É possível perceber, dessa forma, a reprodução de uma lógica patriarcal dentro dos manicômios, visto que estes reproduzem uma estrutura de dominação e controle das mulheres e dos papéis desempenhados, em uma relação de subordinação e subjugação.

Em vista do exposto, é notório, mais uma vez, que o ato diagnóstico e a "prática psi" não são neutros, e que a tentativa de subversão às normas sociais sempre justificou o controle e a repressão dos corpos femininos - especialmente negros e pobres. Nesse sentido, não há dúvidas: "Ao resgatarmos estudos clássicos sobre mulheres e hospitais psiquiátricos, não é demorado nos depararmos com mulheres permanecendo nos hospitais pelos mesmos motivos que justificavam a alta de homens" (Pereira, 2019, p. 47). E com este breve panorama, sugere-se que a loucura feminina - assim como o uso de drogas por elas - não apenas representa um sofrimento, um sintoma de uma sociabilidade adoecida, mas também uma transgressão social/moral e, dessa forma, uma denúncia, um protesto àquilo que lhes é socialmente imposto. É a partir dessa compreensão que este ensaio denuncia a natureza sexista/machista das violências sofridas por mulheres manicomializadas na história, e é através dela que serão detalhadas e denunciadas, a seguir, as reatualizações destas violências ao longo do tempo.

### **1.3. Dos “Velhos” Hospícios às Comunidades Terapêuticas: as Novas-Velhas Violências Manicomiais Atreladas ao Gênero**

Apesar dos esforços e dos avanços obtidos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira percorre caminhos tortuosos até os dias atuais, onde ainda se enfrentam retrocessos e desmontes - inclusive dentro das próprias políticas de saúde mental (Oka & Costa, 2022). Segundo os autores, esses retrocessos (que constituem e sustentam a chamada Contrarreforma Psiquiátrica) perpassam, principalmente: o desmonte dos serviços de base territorial, o retorno à lógica asilar-manicomial, o absolutismo médico-psiquiátrico, a perspectiva moral-religiosa no âmbito das drogas, a violação de direitos humanos e a privatização/mercantilização do cuidado. Mais recentemente, e de forma cada vez mais expressiva, nota-se, especialmente no que diz respeito à política de drogas, o fortalecimento de uma “nova” roupagem dos manicômios (porém, sem grandes novidades): as Comunidades Terapêuticas (CTs). Apesar de fortemente criticado por suas características arcaicas e manicomiais, esse modelo foi incluído formalmente na RAPS através da portaria 3.088/2011, o que demonstra o caráter dialético e controverso da relação Reforma-Contrarreforma. De acordo com Pereira e Passos (2017), as CTs reproduzem, mais uma vez, as opressões de gênero, raça e classe que ao longo de toda a história acompanharam as trajetórias de mulheres loucas e/ou usuárias de drogas, (re)atualizando um cenário histórico de violência manicomial. Dessa forma, não é incomum ver a repetição de casos de mulheres manicomializadas nos antigos hospícios nas CTs, com a observação de que continuam sendo relatos pouco detalhados.

No Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, de 2011, o Conselho Federal de Psicologia inspecionou 68 unidades de internação para usuários de drogas, e identificou, dentre várias outras, violações de direitos como: retirada do poder familiar das mulheres, desrespeito à orientação sexual, exposição das internas a constrangimentos, impedimento do exercício da sexualidade, violação da privacidade, trabalho análogo à

escravidão, adoção de castigos físicos, retenção de objetos pessoais, medicalização excessiva e sem consentimento, condições insalubres etc. (CFP, 2011). De forma semelhante, o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado em 2017 em 28 instituições, também denunciou outras modalidades de violações de direitos: privação de liberdade, restrição de alimentação e sono, restrição aos meios de comunicação, castigos físicos e outros (CFP, 2018), além de mencionar punições com forte influência do gênero: mulheres costumam lavar pratos, arear panelas e cuidar de atividades domésticas.

Relembramos que já nos primeiros manicômios, os homens eram convocados ao trabalho agrícola ao ar livre, enquanto as mulheres eram restritas ao trabalho doméstico e de cuidado - reforçando mais uma vez sua condição relacionada aos espaços fechados (Cunha, 1986). Junior e Santiago (2022) também denunciam em seu estudo que o trabalho doméstico como "terapêutica" das CTs exerce uma função normatizante para mulheres em recuperação - como se a loucura ou o uso de drogas fossem "curados" a partir da domesticação e do resgate de sua "essência" feminina. Uma interna confirma: "Não tem essa de não trabalhar aqui não" (p. 289), referindo-se à escala de trabalho das acolhidas: cozinhar, lavar e cuidar da casa. Fica evidente a manutenção do antigo ideal de comportamento imposto às mulheres, conservado com poucas atualizações. É como se o tempo tivesse passado, mas os cativeiros a que são submetidas permanecessem, agora sob novos dispositivos legitimadores (nesse caso, a medicina e o campo da saúde mental). Não à toa vemos, com certa frequência, práticas e atividades de resgate de uma suposta feminilidade nos serviços de saúde - em especial os de caráter asilar-manicomial -, como atividades que envolvem o cuidado da própria aparência e do espaço físico (Maciel & Medeiros, 2017). Aqui, independente de suas características de escolaridade, sua ocupação e condição socioeconômica, todas as mulheres serão desumanizadas e disciplinadas da mesma forma: "Não importa que a interna seja uma operária fabril, uma trabalhadora do campo, uma comerciária, uma vendedora ambulante, uma prostituta: o hospício

as igualará todas nas atividades do fogão, da agulha, do bordado, para controlar seus instintos perversos e suas condutas desviantes, impondo-lhes pedagogicamente o caminho da normalidade feminina." (Cunha, 1989, p. 142). Além disso, o Relatório de 2018 aponta que o controle dos corpos se estende também a pessoas trans, revelando a força da concepção binária de gênero, que perdura e se impõe de forma violenta a quem foge à norma. Essa normatização dos corpos que acontece a partir de sua biologia viola, portanto, o respeito à diversidade de orientação sexual, identidade e/ou expressão de gênero. Atualiza-se a instituição e o tempo histórico, mantém-se o seu caráter.

Outro aspecto presente na realidade dos antigos hospícios que se conserva nas Comunidades Terapêuticas é a medicalização excessiva das mulheres. Em seu estudo "Mulheres, Loucura e Questões de Gênero", Zanello (2010) sinaliza que, para os homens, "o álcool é visto como um problema a ser resolvido porque coloca em xeque os papéis sociais masculinos. Isto é, interrompe o ciclo laboral, o rendimento, a virilidade esperada de um homem (...). Já o Diazepam é um "medicamento" que permite às mulheres continuarem cumprindo seu papel social: ser cuidadora dos filhos, do lar, aceitar subjugação social e sexual a seus parceiros etc." (p. 315). Aqui, fica claro que o uso de substâncias psicoativas é compreendido a partir de uma ótica gendrada e, nesse sentido, pode funcionar como um instrumento de readequação das mulheres ao imperativo social.

Em uma reportagem do Intercept, o uso indiscriminado de remédios foi apontado como uma das causas da morte de uma interna de uma Comunidade Terapêutica (Intercept, 2023). Ainda de acordo com a reportagem, caso não seguissem a rotina de frequentar a igreja ou quisessem se comunicar com seus familiares, mulheres eram obrigadas a tomar o "danoninho" (coquetel de medicamentos) para evitar uma punição mais grave. A reportagem ainda afirma que as mulheres homossexuais eram alocadas em um espaço diferente, tratadas de forma pejorativa e quanto maior a divergência com os ideais estéticos, pior era o tratamento. Trata-se

de manter a harmonia, o silêncio e a ordem, tranquilizando e docilizando as mulheres frente às exigências de gênero. Cabe pontuar que ambos os relatórios de inspeção produzidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011; CFP, 2018) mencionam a medicalização excessiva, sem consentimento ou sem acompanhamento médico como estratégia recorrente nesses espaços, demonstrando que essa antiga prática identificada nos primeiros hospícios e mencionada na literatura permanece em vigor até os dias atuais.

Sabe-se que mulheres são as maiores consumidoras de ansiolíticos e antidepressivos na realidade brasileira (Pereira, 2018), e entendemos que, ao invés de uma estratégia de cuidado, esse processo de medicalização expressa uma resposta perversa de silenciamento e controle do Estado às mulheres e seus sofrimentos. Recorrendo a Kilomba (citada por Passos, 2019, p. 294), "Esse silenciamento é componente do trauma colonial que imobiliza objetivamente e subjetivamente a existência das mulheres negras", de forma que é necessário compreendê-lo como uma modernização da violência (e não uma modernização do cuidado).

Em reportagem publicada pelo G1, uma mulher relata agressões físicas, psicológicas e práticas de castigo em uma Comunidade Terapêutica com várias unidades no estado de São Paulo: "Ou você entra no sistema, ou você vai tomar gogó", relata a paciente, se referindo a uma prática semelhante ao "mata-leão" que é aplicada quando as internas não obedecem às normas (G1, 2023). O mesmo jornal denuncia o resgate de 33 mulheres que estavam em "celas" em uma clínica no interior do Ceará. Vítimas relatam terem vivenciado violência física, maus tratos e violência sexual (G1, 2024).

Recordamos Vasconcelos et al (2023) e a experiência vivida por uma das autoras em um hospital psiquiátrico, duas décadas atrás "na ala feminina destinada aos casos agudos, gradeada e trancada durante as 24 horas do dia. Ali, sob alegação de manter as internas 'seguras', não se tinha luz, não se tinha colchão, ao menos um som, uma televisão, não se tinha nada." (p. 466). Essa barbárie (relatada vinte anos atrás) se perpetua em mais um caso: em 2024, no sudoeste

baiano, mulheres foram encontradas trancadas em um quarto com beliches em péssimas condições de higiene, em um retrato de completa insalubridade. Além das humilhações e condições desumanas às quais eram expostas, essas mulheres ainda tinham seus bens (incluindo dinheiro e cartão de benefício social) retidos. Além disso, foram encontrados vários remédios sem receita médica e, dentre eles, remédios tarja preta e estimulantes sexuais. Segundo a reportagem, "foi constatado que as internas eram agredidas verbalmente, fisicamente e sexualmente" (G1, 2024).

Em seu estudo sobre hospitais psiquiátricos na região de Sorocaba, Mazetto et al (2023) sinaliza que corpos femininos "pareciam mais sujeitos ao controle institucional, inclusive pela via da repressão da sexualidade feminina. Esse controle, porém, era permissivo nos casos de estupro" (p. 87). Nota-se que a permissividade e o acesso facilitado ao corpo das mulheres permanecem ainda hoje, carregando a mesma cultura de "formação de casais" dos antigos hospícios - e agora, se reatualizam nas Comunidades Terapêuticas, onde acontece de forma ainda mais violenta e dissimulada. Pinna et al (2024) denunciam que essas situações de violência sexual dentro de CTs não são pontuais, e apontam para a invisibilização desse fenômeno nos documentos oficiais de inspeção. O fato de as violações baseadas no gênero e na sexualidade não serem detalhadas nos relatórios de inspeção e outras publicações denuncia, mais uma vez, o silenciamento da realidade nas mulheres - conforme alertam Pereira e Passos (2017). Relembramos aqui que - dentro dessa lógica cultural de manutenção dos papéis sociais enrijecidos, o fenômeno de coerção sexual das mulheres é não apenas naturalizado, mas incentivado em nossa cultura (Zanello, 2014), de forma que muitas violências sequer são entendidas como violências e quando o são, se questiona a veracidade das denúncias. Em outras palavras: ou a mulher aceita ser um "corpo para os outros" ou ela não será. Além disso, sabe-se que o estigma atribuído a essas mulheres contribui para a naturalização desse processo. Ou seja,

mulheres manicomializadas por sofrimento psíquico - e de forma mais pronunciada, pelo uso de drogas - têm suas narrativas, vivências e sofrimentos descredibilizados e negligenciados.

Em um caso notificado por grandes veículos de comunicação em 2021 (Metrópoles, 2021), o dono de uma grande produtora musical brasileira internou sua ex-mulher contra sua vontade e sem avaliação médica, alegando que ela estava em surto por pedir o divórcio e querer viver com outra pessoa. Punida por querer sair de seu relacionamento e por estar em uma relação amorosa com outro homem, essa mulher foi diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) sem passar por avaliação médica (apenas a partir de relatos do então companheiro a uma médica) e ficou quase um mês internada involuntariamente em uma clínica, até conseguir reverter a internação através de um processo criminal. Em 2025, uma servidora pública de Goiânia foi sequestrada pela família e internada em uma clínica de reabilitação para que não participasse de uma audiência sobre disputa de herança. Nessa clínica, outras mulheres denunciaram terem sido internadas à força, sem necessidade médica e de forma violenta. Responsáveis pela instituição "respondem por associação criminosa, cárcere privado, sequestro e lesão corporal" (G1, 2025). Ainda que se trate de duas mulheres pertencentes à classe média/alta e, portanto, em condições concretas mais favoráveis para articulação e defesa de seus interesses, o caso evidencia a facilidade com que mulheres podem ser patologizadas e submetidas a violências com o aval de familiares e da psiquiatria, em distintos contextos sociais.

Mulheres que são mães ou grávidas também vivenciam outros tipos de violação nesses espaços. De acordo com a inspeção realizada em 2011, famílias de mulheres acolhidas em CTs são orientadas a não fornecer suporte ou moradia para os filhos das internas, de forma a evitar a saída dessas mulheres (CFP, 2011). Além disso, mais uma vez em conformidade com a literatura, mulheres loucas e que usam drogas são vistas como incapazes de exercer o poder familiar. Como uma outra expressão dessa violência e dessa realidade de “maternidade negada”, uma estratégia diferente - mas igualmente perversa - também é utilizada: se uma interna quiser

interromper a internação e possuir um filho(a) sob seus cuidados, ela sai, mas o filho fica e é dado pela instituição para adoção (CFP, 2011) - num movimento claro de punição e persuasão. Aqui cabe ressaltar o aspecto racial e de classe que atravessa esse processo, de forma que o controle da sexualidade e do exercício da maternidade afeta - desde os antigos períodos históricos - de forma ainda mais perversa mulheres negras e pobres, que segundo Vasconcelos et al (2023), "Não poderiam ter o direito de reprodução para não proliferarem seres humanos degenerados" (p. 462). Essa denúncia também é feita por Fanon (citado por Passos, 2019, p. 290), segundo o qual, "a partir do momento que a mulher negra é o 'outro' e não representa o ideal do ser mãe e nunca alcançará o padrão da maternidade branca", ela estará sujeita a diversas violências, inclusive estatais, e estratégias de controle e de negação de sua maternidade.

Em “Holocausto Brasileiro”, Daniela Arbex narra que no famoso Colônia de Barbacena - hospício fundado em 1903 - essa realidade tão atual já era escancarada: “pelo menos trinta bebês foram roubados de suas mães (...) as pacientes conseguiam proteger sua gravidez passando fezes sobre a barriga para não serem tocadas" (2013, p. 67). O relato demonstra mais uma camada de desumanização das mulheres manicomializadas, e a realidade se torna cada vez mais complexa: além de patriarcais por essência, argumentamos que os manicômios são, também, expressão do racismo.

De acordo com Cunha (1989), mulheres das classes populares eram mais frequentemente associadas a designações animais, "primitivas", conformando a construção de uma figura feminina "ideal", sadia (e branca). Segundo a autora, bastava "apontar para as suas características raciais e agregar as rubricas da imbecilidade ou da degeneração inferior, como se nelas a inferioridade do 'espírito' estivesse inscrita em suas peles escuras" (p. 139). Em uma inspeção mais recente, realizada em 2024 pelo Movimento Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em duas instituições que atendem a população do Distrito Federal e entorno, foram obtidos relatos de contenção mecânica excessiva de mulheres, com um

significativo recorte de raça (MNPCT, 2024). Além disso, foram encontradas mais uma vez restrições abusivas às liberdades individuais - tais quais: trancas e cadeados nas portas, imposição de práticas religiosas e restrições à comunicação. Sobre uma dessas instituições, foram veiculadas diversas denúncias sobre o trabalho (forçado e não-remunerado) de internas, que foram encontradas construindo a casa do presidente da ONG. Apesar de amplamente divulgada, essa denúncia não teve impacto significativo imediato no que diz respeito ao fechamento do local.

Outra dimensão da violência historicamente dirigida às mulheres em instituições manicomiais manifesta-se na restrição sistemática à autonomia, ao autocuidado e ao direito à saúde. O Relatório do Conselho Federal de Psicologia sobre leitos femininos em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2011) descreve que pertences pessoais eram mantidos trancados e somente disponibilizados nos dias de visita, incluindo itens de higiene, produtos de beleza e vestimentas. O documento também registra a imposição de normas específicas relacionadas à aparência — como orientações sobre o cabelo e sobre o tipo de roupa permitido — evidenciando a regulação dos corpos femininos. Ainda de acordo com o relatório, dados do IPEA indicam que nenhuma das internas frequentava a escola, sendo a justificativa institucional de que “o estudo não é uma preocupação necessária” (CFP, 2011, p. 132), o que reforça a negação sistemática de direitos básicos.

A restrição ao acesso à saúde apresenta igualmente um recorte de gênero marcante. Necessidades próprias da saúde sexual e reprodutiva — como consultas periódicas, exames preventivos e acompanhamento ginecológico — são frequentemente negligenciadas, com encaminhamento médico ocorrendo apenas em casos graves (CFP, 2017). Reitera-se, assim, a continuidade de práticas de violação presentes nos primeiros manicômios, agora naturalizadas e, em certos aspectos, intensificadas nas Comunidades Terapêuticas. Como observa Cunha (1989), embora o aparato manicomial tenha abandonado técnicas explicitamente violentas ou

mutiladoras, pouco alterou sua forma de compreender e lidar com a loucura feminina. Persistem dispositivos de controle e disciplinamento, agora sustentados por novos enquadramentos diagnósticos e instrumentos atualizados, mas que mantêm a lógica de contenção e silenciamento dos corpos e experiências das mulheres.

Essa realidade de privações ao autocuidado e violências associadas ao gênero segue sendo retratada no Relatório de 2024 do MNPCT, numa ilustração clara do fortalecimento das CTs que, diante da impunidade, carregam e sustentam por mais uma década o histórico de exploração e maus tratos manicomiais. Cabe ressaltar que no período de escrita deste ensaio, um outro material que poderia servir de conteúdo para análise - o documento chamado "Dossiê - Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo" - tem sua circulação suspensa em virtude de uma ação judicial, o que testemunha os desafios pelos quais ainda passamos para denunciar essa realidade histórica e persistente. Mesmo com as inúmeras denúncias, as Comunidades Terapêuticas continuam sendo fortalecidas e financiadas pelo Estado como mais um de seus braços manicomiais. É importante destacar que as CTs não substituíram os antigos Hospitais Psiquiátricos (que ainda existem), mas atuam como uma de suas modalidades, se utilizando de novos termos, disfarces e estratégias para ocultar uma violência já conhecida e conquistar o apoio social com discursos “de inovação” moralistas.

## **CAPÍTULO 2: DELINEANDO CONCEITOS E PONTOS DE PARTIDA**

### **2.1. Saúde Mental? Que Droga é Essa?**

Falar sobre pessoas que usam drogas, especialmente mulheres, implica olhar para histórias atravessadas por desigualdades, silenciamentos e abordagens que ultrapassam o campo da saúde. Ao longo deste trabalho investigativo, evidenciou-se que compreender essas trajetórias exige entender como a sociedade se organiza, quais as nossas representações das drogas e seus consumidores, como pensamos o cuidado em saúde mental - que é um dos campos onde se insere essa discussão. Essa constatação justifica o caminho teórico que elejo e apresento brevemente neste capítulo, o qual nos deu inspiração e sustentação para uma leitura mais ampla e complexa do fenômeno.

As reflexões trazidas neste trabalho serão contornadas por aquilo que temos chamado de Saúde Mental Crítica, ancorada em uma perspectiva antimanicomial. Para isso, teremos como inspiração autores brasileiros e clássicos no campo da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, além de leituras importantes de mulheres sobre mulheres (as quais apresentamos brevemente no capítulo anterior): Franca Basaglia, Heleieth Saffioti, Elisabeth Badinter, Rachel Gouveia Passos, Melissa Oliveira e outras intérpretes essenciais de nossa realidade. Nosso trabalho se inspira também em teorias marxianas, entendendo que o sofrimento psíquico será ao mesmo tempo sintoma dessa sociabilidade adoecida e desigual; e expressão da luta social coletiva contra esta mesma sociabilidade.

Em síntese, compreenderemos a Saúde Mental, em diálogo com Costa (2024), como sinônimo de “produção de vida”. Não se trata de uma produção abstrata ou universal, mas de uma produção contextualizada, que dialoga com a realidade concreta dos sujeitos, seus desejos e seus sonhos. Nessa perspectiva, falar em saúde mental implica, necessariamente, falar das condições materiais e simbólicas de vida que possibilitam a satisfação de necessidades, bem como o alcance de projetos e aspirações. Assim, não é possível abordar “saúde” e “saúde

mental” de forma fragmentada (Costa & Mendes, 2021). O cuidado em saúde (mental) está, a nosso ver, intrinsecamente vinculado ao interesse genuíno pelo sujeito e por suas histórias - no caso das mulheres, histórias que foram homogeneizadas e silenciadas no campo.

Em diálogo estreito com Martín-Baró, importante psicólogo salvadorenho, compreendemos o sofrimento psíquico muito mais como um “problema das relações sociais” do que como expressão de “um funcionamento individual interno”, descolado da realidade (Martín-Baró, 2017, p. 255). Dessa forma, entender como as relações se constituem em nossa sociedade torna-se central para apreender a determinação social do sofrimento, que não se produz no vácuo. Essa perspectiva encontra ressonância naquilo que Marx afirma sobre o suicídio: “Ele não é mais do que um entre os mil sintomas da luta social geral” (p. 28). Tendo essas ideias como eixo, faremos o exercício permanente de questionar - e evitar - toda e qualquer tentativa de individualização do sofrimento humano, entendendo que tal tendência serviu, historicamente, para mistificar a realidade social e dificultar processos de transformação coletiva.

Recorrendo a Franco Basaglia, retomado pelo importante intérprete antimanicomial brasileiro Paulo Amarante, assumimos que o enfrentamento não deve se restringir às instituições manicomiais em si, mas deve se direcionar também à lógica que se ocupa das doenças e se esquece dos sujeitos. Nesse sentido, Basaglia nos convida a colocar a doença entre parênteses para, enfim, ocuparmo-nos do sujeito em sua experiência. Não se trata de negar o sofrimento, mas de entendê-lo como um processo social complexo, recusando estratégias de patologização da vida e possibilitando o encontro com o sujeito em sua totalidade - seus problemas, sua família, afetos e necessidades (Amarante, 2007).

A noção de *sociogênese*, desenvolvida por Frantz Fanon ao longo de sua trajetória como psiquiatra e revolucionário martinicano, também influencia fortemente nosso olhar, ao reforçar o caráter social da loucura e do sofrimento. Referência incorporada tardiamente pela produção

acadêmica brasileira, Fanon evidencia a articulação entre a luta antimanicomial e os movimentos anticoloniais, destacando o racismo como elemento constitutivo dos manicômios. Ao trazer essa leitura para a realidade brasileira, Rachel Gouveia sugere que os manicômios no país carregam uma herança colonial e racista — assemelhando-se mais aos navios negreiros do que aos holocaustos — que não pode ser desconsiderada (Passos, 2018). A autora sustenta, ainda, que o “esquecimento” de Fanon constitui reflexo e expressão, entre outros fatores, do racismo presente tanto na sociedade brasileira quanto no próprio processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir de uma perspectiva feminista-marxista, Passos defende que a lógica do capital produz um sofrimento inevitavelmente atravessado por processos de racialização, generificação, classe, território, entre outros aspectos da singularidade dos sujeitos. Nesse diálogo, e refletindo especificamente sobre a realidade das mulheres, Saffioti argumenta que patriarcado, capitalismo e racismo - o conhecido “nó” da tripla dominação - não operam de forma isolada, mas como sistemas articulados que se retroalimentam e aprofundam a deterioração da vida. Assim, falar em saúde mental das mulheres implica reconhecer que se trata, historicamente, de um corpo socialmente construído e imerso nesse nó. Um corpo que é direcionado e criado para os outros, terceirizado para atender necessidades alheias em detrimento das próprias. Nesse caminho, pensar saúde mental exige, necessariamente, considerar corpo, raça, gênero, origem e território, pois, como bem pontua Franca Basaglia, “o rosto da fome não está longe do da loucura e suas vozes se confundem se ninguém os escuta ou se não têm o direito de falar (...)” (Ongaro Basaglia, 1982, p. 120, tradução própria).

Ao realizar uma breve retrospectiva histórica, observa-se que a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), lançada em 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), elencava 106 distúrbios mentais. Já o DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, Texto Revisado), publicado em 2022, apresenta mais de 300 condições psiquiátricas. Nunca se falou tanto sobre

Saúde Mental e sobre a importância da terapia, nunca se diagnosticou tanto. Psicólogos e psiquiatras são convocados para os mais diversos espaços, enquanto antidepressivos e estabilizadores de humor tiveram sua comercialização aumentada em mais de 50% entre 2017 e 2021 (Rocha, 2023). Ainda assim, seguimos sofrendo cada vez mais. Não seria contraditório?

Nessa direção, Costa (2020) alerta para o fenômeno da “saudementalização” da vida, por meio do qual emergem mecanismos cada vez mais sofisticados de mistificação da realidade, acompanhados da produção artificial de sofrimento - expressa na chamada “epidemia” de transtornos mentais - e do recrudescimento da (psico)patologização da vida. Segundo o autor, questões financeiras, políticas e sociais têm sido compreendidas como problemas individuais de saúde mental, o que dificulta a construção de estratégias coletivas e efetivas de enfrentamento. Soma-se a isso o fato de que essa “epidemia de diagnósticos” impulsiona o consumo cada vez maior de projetos de contenção e silenciamento, vendidos como cuidado, em um movimento de mercantilização da saúde e despolitização da vida. Longe de desconsiderar o sofrimento que atravessa os diagnósticos, o que se problematiza são as formas pelas quais temos explicado e manejado esse sofrimento. Assim, compreenderemos a Saúde Mental como a luta pela vida — “não por qualquer vida (...), mas por uma vida diferente da que vivemos, ou seja, que a supere” (Costa, 2024, p. 63). Para isso, não basta a presença de psicólogos e psiquiatras, tampouco conhecer (a teoria) sobre transtornos e substâncias.

Argumentaremos, ao longo deste trabalho, que o aumento expressivo do contingente de transtornos não ocorre de maneira casual, mas conectado a um projeto que privilegia estratégias individuais e medicalizantes de cuidado, isentando a organização social de sua responsabilidade na produção do sofrimento. Assim, embora se observe uma ampliação do debate e um aprofundamento dos processos de adoecimento, isso não significa que temos adoecido mais por razões orgânicas ou por desequilíbrios neuroquímicos, e sim que “nossas condições de vida estão sendo deterioradas, estão sendo mais precarizadas” (Costa, 2024, p. 32), sobretudo

quando considerados os marcadores de gênero, classe e raça, que intensificam os processos de vulnerabilização. Partindo da compreensão de que o modo de produção capitalista - e suas relações de opressão-exploração - produz compulsoriamente a chamada Questão Social e suas contradições (Iamamoto, 2001), entenderemos também que o sofrimento psíquico, o uso de drogas e outros comportamentos humanos devem ser compreendidos como manifestações desse sistema. Nesse sentido, quando afirmamos nosso ponto de vista antimanicomial - isto é, quando criticamos tanto os manicômios quanto as formas pelas quais o sofrimento tem sido abordado na sociedade capitalista - afirmamos também uma crítica à própria sociedade.

Na obra *Marx sobre a loucura*, Costa (2022) afirma que esta sociedade “determina socialmente o consumo de drogas e depois, com seus mecanismos ideológicos, inscreve o consumo de drogas, aquele que se torna potencialmente prejudicial ao capital, como um problema social a ser combatido” (p. 127). Assim, compreendemos o uso de drogas como um comportamento humano histórico e milenar, que nos acompanha com diferentes sentidos e significações na satisfação de necessidades (Carneiro, 2002; Silva, 2016). Entretanto, tal fenômeno assume contornos progressivamente mais complexos, atravessados por disputas e relações de poder. O juízo acerca da legitimidade dessas necessidades — bem como das substâncias a elas associadas — revela-se frequentemente arbitrário e permeado por intencionalidades. Nesse contexto, compreendemos que a abordagem das drogas nas políticas públicas brasileiras tem se mostrado conivente com um modelo societário que reproduz preconceitos, estigmatizações e ciclos de violência, incidindo de maneira mais intensa e violenta sobre os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora. Assim, este trabalho se orienta, primordialmente, por uma perspectiva antimanicomial e, por consequência, antiproibicionista

Nesse movimento de compreensão da singularidade dos sujeitos, atravessados por suas particularidades, torna-se necessário deslocar o objeto da intervenção: não mais a doença, mas

uma “existência-sofrimento”, cujo cuidado não se orienta pela cura, e sim pela “invenção da saúde” e pela “reprodução social” do paciente (Rotelli, 1990, p. 30). Para isso, elegemos como horizonte o paradigma da Redução de Danos que, enquanto ética do cuidado, representa uma ruptura e, a nosso ver, um convite para ampliarmos as conexões dos sujeitos com o mundo, diversificarmos e enriquecermos suas experiências afetivas, de modo a minimizar os prejuízos de uma vida desumanizada e desumanizante. O que se deve prevenir, a nosso ver, são as estratégias de silenciamento e violência, é o manicômio.

“Definimos o antimanicomial em ato como ética do agir, que possa inspirar-se nos mesmos princípios do cuidado: a escuta da diferença, o acolhimento, o vínculo, para tornar o cotidiano de trabalho em saúde mental mais possível, mais alegre. O antimanicomial em ato enquanto ética do agir ocorre não num ideal a ser alcançado, mas no possível do tempo presente, a cada encontro que nos acontece e pode nos transformar.” (Almeida & Merhy, 2020, p. 74).

## **2.2. Entre A Reforma E A Contrarreforma: Impasses Atuais Nas Políticas De Saúde Mental**

A partir do início do século XX, o uso de drogas passou a ser foco constante de atenção e controle por parte do Estado brasileiro, sendo finalmente reconhecido como assunto para a saúde pública brasileira (Fiore, 2007). Nesse contexto, é fundamental reconhecer que a relação entre Estado e drogas não pode ser compreendida sem considerarmos o seu caráter histórico, político e cultural. Como apontam Mendes et al. (2021, p. 394), as políticas e normativas que regulam essa relação “não podem ser analisadas retirando-as da conjuntura que lhes conforma e, ao mesmo tempo, é conformada por elas.” Desse modo, qualquer análise ou panorama sobre o tema deve levar em conta os distintos períodos históricos que o

atravessam, bem como as especificidades da formação social brasileira - que conforma e singulariza os fenômenos observados em nossa realidade.

Embora as pessoas usuárias de drogas tenham sido negligenciadas no campo da saúde pública por um longo período, sem a implementação de políticas específicas para o cuidado, o Estado sempre se fez presente pela via penal (Santos & Pires, 2021). Segundo os autores, com forte influência de acordos e convenções internacionais, o Brasil importa uma perspectiva de controle sobre a produção, comércio e consumo das chamadas "substâncias psicoativas" (SPA), sendo as principais providências para as pessoas usuárias: o encarceramento ou a internação. Segundo Mendes et al. (2021), os caminhos escolhidos para a organização da política de drogas no Brasil "não respeitam a liberdade individual das pessoas" (p. 393), e impedem que exerçam sua cidadania e que acessem direitos como o direito à saúde.

O caráter higienista dessa postura nos acompanha desde os mais antigos períodos históricos: a primeira tentativa de repressão do uso de maconha, por exemplo, acontece na primeira metade do século XIX e se dirige às classes populares - predominantemente representadas pela população escravizada (Petuco, 2019). Ademais, ainda antes da virada do século, consolidava-se uma compreensão marcadamente seletiva acerca do consumo de substâncias psicoativas. O alcoolismo - amplamente difundido entre as camadas populares - era concebido como problema moral e social, ao passo que o uso de morfina e cocaína, substâncias então legitimadas pelo discurso médico, gozava de maior tolerância social. Tais práticas foram, inclusive, designadas como "vícios elegantes" (Saad, 2019), classificação que se sustentava tanto na origem dessas substâncias - a exemplo da cocaína, importada e associada a circuitos de prestígio - quanto no perfil social de seus usuários, predominantemente pertencentes às classes mais abastadas. Desse modo, evidencia-se que a atribuição de legitimidade ou reprovação ao consumo esteve historicamente vinculada menos às substâncias em si e mais às hierarquias sociais que demarcavam quem as utilizava. Esses exemplos demonstram o caráter

classista e racista do proibicionismo, que - desde o início da formação social do nosso país - acompanhou a construção da legislação sobre drogas em diferentes dimensões.

De acordo com Barros (2021), o aparato bélico brasileiro utiliza diversos mecanismos para se direcionar a seus inimigos (pessoas pobres, pretas, marginalizadas), e um deles é a chamada Guerra às Drogas (GD), "impregnada de discriminações de classe e raça" (p. 515). Em seus estudos, o autor argumenta que a política nacional de drogas se apresenta como pretexto central - e, portanto, essencial - para a criminalização e encarceramento da juventude. Nesse cenário, se torna primordial destacar o papel e os diferentes impactos que a política de drogas, em suas diversas facetas, exerce na população. Ademais, segundo a literatura, algumas estratégias foram utilizadas ao longo desse percurso com a intenção de mobilizar pânico na população e legitimar a violência por parte do Estado (Mendes et al., 2021). Expressões como a própria "*guerra às drogas*" e "*epidemia do crack*", por exemplo, servem a esse propósito, funcionando como linguagem estratégica para promover medo, atrito e tensão nas relações sociais. É dentro desse imaginário social - de medo, perigo, marginalidade - que se construiu a imagem das pessoas usuárias de drogas no Brasil: inimigos a serem eliminados. E essa perspectiva foi fundamental para justificar o direcionamento das políticas públicas com o passar dos anos.

Para obtermos um panorama geral do cenário, especialmente no âmbito das políticas de atenção à saúde, faremos um salto adiante visando abordar, brevemente, como essa relação (Estado-drogas) tem se dado nos últimos anos e como as mulheres têm (ou não) sido abarcadas nessas legislações, compreendendo que essa relação não é estática nem linear. É importante ressaltar que as políticas públicas relacionadas ao tema das drogas abrangem diversos campos, refletindo-se em legislações que envolvem áreas como segurança pública, saúde, assistência social, entre outras. Dessa maneira, embora este trabalho tenha como foco principal as políticas de saúde, especialmente as de Saúde Mental, é importante relembrar, a todo momento, que tais

políticas são parte de um projeto mais amplo, articulado e integrado, não sendo possível, portanto, compreender adequadamente o cuidado aos usuários de drogas sem considerar o contexto mais amplo que o envolve - e, portanto, todo o projeto que o conforma. Destaca-se também que diversos estudos nacionais realizam uma análise retrospectiva e complexa desse cenário, dissecando atos normativos e institucionais que versam sobre a Política de Saúde Mental e seus diferentes momentos nas últimas décadas (Lima et al., 2023; Prudencio & Senna, 2022; Rosa & Nunes, 2024; Costa & Silva, 2023; Teixeira et al., 2017; Mendes et al., 2021; Oka & Costa, 2022). Nesse sentido, esse capítulo não tem como objetivo fazer uma nova análise exaustiva de todos os instrumentos legais, mas sim um debate breve pontuando alguns dos principais avanços e retrocessos ocorridos nos últimos anos visando contextualização do nosso cenário atual - com destaque para a presença (ou não) de direcionamentos para a singularidade dos sujeitos e das mulheres.

Um marco histórico para a Saúde Mental brasileira, a Lei nº 10.216 de abril de 2001 - também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica - inaugura uma nova discussão sobre o modelo de cuidado para pessoas portadoras de transtornos mentais\*, agora orientado pela ótica da atenção psicossocial. De acordo com a literatura do campo, o termo psicossocial implica em mobilizar um novo olhar às demandas dos sujeitos, considerando não apenas aspectos psíquicos, como também sociais e culturais na produção de cuidado. Essa nova perspectiva leva a mudanças significativas "na forma de conceber e estruturar relações terapêuticas" (Costa-Rosa et al., 2003, p. 4), de forma que a partir de agora, na contramão das práticas asilares, a atenção psicossocial passa a priorizar a escuta dos sujeitos e suas necessidades, não mais instaladas em um corpo ou cérebro doente, e sim na sua "existência-sofrimento" (Rotelli, 2001) - que é, inevitavelmente, multideterminada.

Resultado do fortalecimento da resistência antimanicomial e de outros movimentos em defesa da saúde pública, a promulgação da Lei 10.216/01 - sustentáculo da Política Nacional

de Saúde Mental (PNSM) - possibilita novas articulações e diálogos no âmbito dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, orientando que sejam tratadas "preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental". Mesmo sem a ruptura total da hegemonia repressiva que vigorava anteriormente, a partir desse momento, o Estado se responsabiliza pelo desenvolvimento de uma política de assistência e promoção de saúde que conte com a participação da família e da sociedade (Brasil, 2001). A normativa ainda veda a internação de pacientes em instituições de características asilares e manicomial, afirmando pela primeira vez um posicionamento do Estado com a perspectiva antimanicomial - pelo menos na teoria.

Apesar das conquistas obtidas com a reorganização do modelo assistencial, enfatizando o cuidado em liberdade e a atenção psicossocial em detrimento da ênfase nas internações hospitalares, a famosa Lei da Reforma Psiquiátrica ainda deixa lacunas, especialmente no que diz respeito às pessoas usuárias de drogas - que permanecem à margem do cuidado. Segundo a pesquisadora Ana Pitta, o campo do uso de drogas "sempre mereceu referências da sua importância epidemiológica sem jamais ter merecido uma consequente resposta política e assistencial de fato" (Pitta, 2011, p. 4587). Pelo contrário, pessoas que usam drogas foram - e permanecem - não assistidas da forma adequada, criminalizadas e relegadas ao abandono estatal (na saúde). A aproximação do seu cuidado ao campo da saúde mental, considerada tardia pela literatura (Jensen, Meyer & Feliz, 2017; Silva, 2016), só veio a acontecer quando se constatou que parte significativa dos leitos de Hospitais Psiquiátricos eram ocupados por usuários de drogas - aproximadamente um terço.

A partir da promulgação da Lei 10.216, uma série de outras normativas acompanha o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, trazendo avanços e conquistas importantes para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Duas importantes regulamentações no sentido do tratamento em liberdade e no território são a Portaria nº 336/02, que estabelece as modalidades de CAPS, e a Portaria nº

3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2002; Brasil, 2011), cuja composição encontra-se descrita na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Componentes da Rede de Atenção Psicossocial*

| <b>Componentes</b>                         | <b>Dispositivos</b>  |
|--|--|
| Atenção Básica em Saúde                    | Unidade Básica de Saúde<br>Equipe de Atenção Básica para populações específicas (equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório)<br>Centros de Convivência |
| Atenção Psicossocial Especializada         | Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades  |
| Atenção de Urgência e Emergência           | SAMU 192<br>Sala de estabilização<br>UPA 24h<br>Portas hospitalares de atenção à urgência/PS   |
| Atenção Residencial de Caráter Transitório | Unidade de Acolhimento<br>Serviços de Atenção em Regime Residencial  |
| Atenção Hospitalar                         | Enfermaria Especializada em Hospital Geral<br>Serviço Hospitalar de Referência   |
| Estratégias de Desinstitucionalização      | Serviços Residenciais Terapêuticos<br>Programa de Volta para Casa  |
| Reabilitação Psicossocial                  | Cooperativas sociais<br>Empreendimentos de geração de trabalho e renda   |

Fonte: Ministério da Saúde

Nesse meio tempo, um outro marco importante foi o estabelecimento da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), em 2003. Além de questionar a centralidade da abstinência, a PAIUAD estabelece a Redução de Danos (RD) como princípio de cuidado (Santos & Pires, 2021). Para Petuco (2019), esse primeiro e importante encontro entre a Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos acarreta mudanças significativas nas formas de se conceber o cuidado. Ainda em 2003, a Lei Federal nº 10.708/03 estabelece o programa de reinserção social “De Volta Para Casa”, que institui um auxílio-reabilitação

psicossocial para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas - uma outra grande conquista da luta antimanicomial.

Em 2010, através do Decreto nº 7.426/10, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC), que embora propusesse um trabalho articulado intersetorialmente, ainda reforça o pânico social e o estigma em torno do uso de substâncias e, em especial, o crack. Na mesma direção, a Portaria nº 131/2012 insere as Comunidades Terapêuticas (CTs) na RAPS como um componente substitutivo - o que reforça o alinhamento do Estado com a perspectiva moralista, conservadora e higienista, contrária à RPB (Guimarães & Rosa, 2019).

A partir de 2015, crises econômicas e políticas reverberam na gestão da saúde brasileira, o que acarreta impactos significativos na política de saúde mental (Oliveira et al., 2023). Após o golpe de 2016, o governo assinala apoio explícito ao desmonte da Reforma Psiquiátrica com novos ataques através de normativas como a Portaria nº 1.482/2016, que inclui as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - etapa fundamental para que sejam financiadas pela pasta da saúde. Por meio da conhecida Portaria nº 3.588/17 - que propõe uma "Nova Política de SM" - também são introduzidas mudanças marcantes visando o aumento do financiamento para internações psiquiátricas e o desfinanciamento da rede territorial de base comunitária, sendo privilegiados os HPs e as CTs na destinação de recursos (Brasil, 2017). Além disso, nota-se uma mudança de lógica que centraliza a abstinência e a hospitalização, alimentando uma onda de retrocessos e repressões no âmbito da SM (Prudêncio & Senna, 2018). Aliada à nova RAPS, as Resoluções nº 32/2017 e nº 01/2018 legitimam mais uma vez as CTs como dispositivos estatais, reforçando a abstinência como único caminho possível.

Dando continuidade aos retrocessos, o governo Bolsonaro aprovou a Lei nº 13.840/19, regulamentando a internação involuntária através de solicitação de terceiros, o que vai de encontro ao princípio da autonomia do sujeito e emitiu a Nota Técnica nº 11/2019 cujas medidas

envolveram a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT) e a inclusão de HPs e ambulatórios de saúde mental como unidades especializadas, indo de encontro à lógica do cuidado territorial e multidisciplinar. Ainda por meio da NT, o governo afirma que não incentivaria mais o fechamento de hospitais e ainda consideraria a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em instituições asilares - o que demonstra um direcionamento explícito do governo à lógica manicomial (Pereira & Passos, 2017). De acordo com o documento, "não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país" (Brasil, 2019).

Além dos ataques diretos à organização da RAPS e sua composição, bem como ao seu direcionamento ético-político, observa-se um desfinanciamento geral das políticas de saúde e das políticas sociais. Esse movimento expressa, a nosso ver, um posicionamento claro do Estado brasileiro, visando o enxugamento dos direitos e a precarização dos dispositivos estatais. Em resposta aos acontecimentos do período, o Conselho Nacional de Saúde convoca, em 2020, a V Conferência Nacional de Saúde Mental, que viria a acontecer em 2023.

Após muitos anos de disputa e 4 anos de retrocesso contínuos, acontece o que Rosa e Nunes (2024) chamam de "retomada democrática" na política de saúde mental. Com a integração do Departamento de Saúde Mental (DESME) à Secretaria de Atenção Especializada, o governo passa a ter a saúde mental como uma de suas prioridades, estabelecendo o direcionamento de R\$200 milhões de reais para a pasta (Melo & Teixeira, 2024). A partir do Decreto nº 11.798/23, a inclusão da nomenclatura "Álcool e Drogas" acrescenta ao departamento o compromisso com a população que faz uso de substâncias psicoativas e, a partir daí, outras iniciativas são empreendidas (Rosa & Nunes, 2024): o incentivo do custeio mensal de Unidades de Acolhimento (UAs), a recomposição orçamentária dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros movimentos de retomada do financiamento da RAPS. Segundo as autoras, essas ações repercutiram na

criação de pelo menos 27 novos CAPS, 55 novos SRTs, 4 UAs e 159 leitos em Hospitais Gerais apenas em 2023.

Apesar desse movimento de retomada da Reforma com fortalecimento do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas (atual DESMAD), os retrocessos seguem acontecendo, a exemplo do investimento de R\$120 milhões do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para a criação de 12 mil vagas em CTs (Oliveira et al., 2023). No mesmo rumo, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDASFCF) cria um departamento específico para as Comunidades Terapêuticas, indo na direção contrária dos pressupostos da RP (Rosa & Nunes, 2024). Ainda, dificulta a fiscalização das mesmas, facilitando a ocorrência de violações e irregularidades de forma velada. Nesse movimento de aprofundamento das disputas, uma série de inspeções acontecem, demonstrando a partir de evidências, o caráter violento e desumanizante das Comunidades Terapêuticas (CFP, 2011; CFP, 2018). Em agosto de 2025, como resultado da luta e articulação dos movimentos sociais e outras organizações antimanicomiais, foi extinto o Edital de Credenciamento nº 8/2023 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que visava credenciar CTs para financiamento público. O respectivo Edital propunha como critério de prioridade para o acolhimento em CTs ser mulher em estágio de amamentação, e foi extinto pelas Portarias nº 1.104 (MDS) e nº 1.1055 (MDS). Ao incentivar a exposição de mães e seus bebês à realidade precária e violenta das internações, o Estado naturaliza a violação de diversos direitos, inclusive, neste caso, os preconizados pelo ECA. Em setembro de 2025, um novo edital foi lançado pelo MDS, direcionando um valor de R\$111.567.460,00 para a contratação de novas vagas e em novembro do mesmo ano, 234 CTs foram habilitadas para receberem financiamento público, através da publicação do Aviso nº 3/2025/SE/DEPAD. Mães nutrizes e seus bebês continuam sendo critério de prioridade, em uma demonstração da historicidade e complexidade dessa relação das mulheres com os manicômios - dos antigos às novas versões. No mesmo mês,

o Relatório da 2ª Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas pelo Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do Trabalho (MPT) encontrou violação de direitos humanos em todas as CTS que foram inspecionadas, em 25 estados brasileiros - cenário que repete as denúncias já feitas pela 1ª Inspeção Nacional em CTs, de 2017. A articulação de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, pesquisadores e atores estatais nesse enfrentamento se mostra fundamental, mas ainda insuficiente para barrar tantos ataques, de forma que as perspectivas continuam desafiadoras.

### **2.3. Diálogos (In)Existentes Entre As Políticas Públicas e Mulheres que Usam Drogas**

Ao analisar o percurso das políticas públicas brasileiras, evidencia-se que a Reforma Psiquiátrica segue ocorrendo em concomitância à Contrarreforma, configurando um processo dialético marcado por continuidades e discontinuidades, avanços e retrocessos. Nesse continuum, observa-se que as políticas, programas e estratégias formuladas pelo Estado tendem a assumir um caráter universalizante, desconsiderando marcadores sociais fundamentais como gênero, raça e classe. Nesse sentido, destaca-se a ausência de estratégias específicas que pensem o cuidado das mulheres que usam drogas, tanto no âmbito da saúde mental quanto no campo das políticas voltadas à saúde da mulher. O que se evidencia é, por um lado, a invisibilidade das mulheres na RPB (Passos, 2011, Medeiros & Zanello, 2018, Pereira, 2019) e, por outro, o apagamento das mulheres que usam drogas nas políticas públicas de forma geral, inclusive de saúde mental. Tal cenário dificulta a construção de um cuidado que seja singular e, ao mesmo tempo, atento às dimensões coletivas e sociais que atravessam as experiências de sofrimento dessas mulheres.

No campo das políticas de saúde da mulher, Lopes e Gonçalves (2017) apontam que as primeiras iniciativas direcionadas a esse público possuíam escopo restrito, majoritariamente voltado ao ciclo da gravidez e ao puerpério. Ainda que o Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1984, represente um avanço ao incorporar temáticas como a redução da violência sexual, dentre outras, este permaneceu privilegiando questões de ordem reprodutiva e de prevenção de doenças. Apenas com a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, observa-se uma ampliação do olhar dirigido a elas, englobando diferentes fases do ciclo de vida e apontando estratégias que visam um cuidado mais integral.

Apesar desse avanço, a literatura destaca que a PNAISM ainda negligencia aspectos fundamentais da vida das mulheres, como as condições psicossociais geradoras de sofrimento e necessidades em saúde (Silva et al., 2024). Apesar de reconhecer a importância da saúde mental e da integralidade do cuidado, o documento apresenta uma abordagem superficial desse assunto, não apontando estratégias concretas, diretrizes ou caminhos. Ademais, não aparece no escopo dessa política qualquer proposição pensada especificamente para mulheres com necessidades decorrentes do uso de drogas, o que evidencia a desconsideração desse público e a permanência de lacunas importantes na articulação entre saúde da mulher e saúde mental.

É fundamental reconhecer que a PNAISM representou um marco ao consolidar uma concepção de gênero no campo da saúde, ao afirmar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde da mulher como princípios orientadores das políticas públicas. A partir dela importantes questões passam a ser consideradas no âmbito da saúde (Medeiros & Guareschi, 2009). Contudo, apesar desses avanços, persistem desafios estruturais que invisibilizam uma parcela importante de mulheres.

A fragilidade da articulação entre saúde mental e as políticas para as mulheres também é evidenciada quando analisamos os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM). Em sua investigação sobre essa interface, Medeiros e Zanello (2018) encontram uma relação superficial e pontual. No I PNPM - fruto da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres - nota-se que, apesar do reconhecimento das desigualdades de gênero em diversos

âmbitos, ainda se compreende saúde numa dimensão biomédica. Ainda, há uma divisão entre o que é considerado cuidado em saúde - relacionado ao cuidado do corpo e tratamento de doenças - e o que são “questões sociais”, o que impede que ações sejam pensadas de forma integrada e articulada intersetorialmente. A título de exemplo, as metas estabelecidas no capítulo "Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania", que visam promover autonomia, equidade, acesso à cidade e a serviços, podem ser entendidas como importantes horizontes no cuidado em Saúde Mental sob a perspectiva da reforma psiquiátrica. No entanto, a Saúde Mental só é mencionada quando atrelada ao capítulo "Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos", cujas metas têm como principal foco a saúde sexual e reprodutiva. Nesse mesmo capítulo, uma proposta visa a implementação de "projetos piloto de um modelo de atenção à saúde das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)" (Brasil, 2004, p. 66).

No II PNPM, de 2008, apesar da ampliação dos temas e campos de atuação, o tema da saúde mental ainda permanece atrelado à saúde das mulheres no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, o que reforça a ideia de que o sofrimento psíquico está diretamente atrelado ao corpo e às características sexuais, fragmentando as possibilidades de cuidado em uma perspectiva psicossocial. Apenas no III PNPM percebe-se uma tentativa mais explícita de abarcar e considerar a singularidade das usuárias das políticas públicas, pela incorporação, pela primeira vez, de uma linha de ação voltada para promoção de atenção à saúde mental de mulheres em sofrimento causado pelo uso de substâncias. Essa inclusão aparece no capítulo agora intitulado "Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos". Embora sutil, a adoção do termo “integral” representa um alinhamento mais estreito às diretrizes e pressupostos do SUS. No entanto, Medeiros e Zanello (2018) alertam que o constante atrelamento da saúde mental à saúde sexual e reprodutiva pode ter impactos relevantes no que diz respeito à abordagem do sofrimento. Corre-se o risco de descontextualizar e promover a

biologização/medicalização do sofrimento dessas mulheres, desconsiderando as questões concretas e sociais que constituem suas experiências.

Em diálogo com esse cenário, Maciel e Medeiros (2017) afirmam que não existe, no Brasil, uma política pública voltada às mulheres em uso de drogas, sendo os programas existentes considerados incipientes. As autoras também destacam que as mulheres estão em menor número nos serviços de atenção psicossocial específicos para usuários de drogas, muitas vezes sendo direcionadas a instâncias como as Comunidades Terapêuticas, o que evidencia o reflexo de políticas públicas que não se comunicam ou se articulam de forma efetiva.

A ausência de uma perspectiva de gênero também se manifesta nos espaços de construção de políticas públicas de saúde mental. Segundo análise de Costa (2019), os relatórios da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), de 1987 e 1993, respectivamente) não apresentam qualquer consideração às especificidades das mulheres, assim como também ignoram questões relacionadas a pessoas LGBTQIA+, pessoas negras ou indígenas. Apenas na III CNSM, observa-se a criação de espaços específicos para a discussão de gênero e pluralidade étnica, bem como a defesa da realização de "estudos e pesquisas que investiguem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e da população indígena". Nota-se, finalmente, um maior interesse em compreender a singularidade dos sujeitos. Em 2010, acontece a IV CNSM, trazendo mais avanços e reafirmando o compromisso com a Lei 10.216/01 e com o enfrentamento a todas as opressões e violências - incluindo às mulheres. Ainda assim, as desigualdades de gênero não atravessam todos os eixos temáticos da conferência, permanecendo lacunas relevantes, como a ausência de discussão aprofundada sobre as mulheres no âmbito da desinstitucionalização, do trabalho e geração de renda, entre outros. Cabe mencionar que após a IV Conferência de Saúde Mental - considerada a mais avançada até então -, intensifica-se o processo de Contrarreforma Psiquiátrica, tornando ainda mais urgente o aprofundamento dos debates (Costa, 2019).

Somente em 2023, 10 anos após a quarta edição, a V Conferência Nacional de Saúde Mental apresenta um Relatório Final com avanços expressivos no que diz respeito à incorporação das mulheres, com mais de 50 menções ao tema em diferentes âmbitos. As propostas reforçam o compromisso com a singularidade das usuárias de saúde mental e com uma política mais atenta aos marcadores sociais, ao estabelecer metas como: "[...] fortalecer o acesso a direitos de mães de crianças de até 12 anos e/ou com deficiência [...]" (p. 35), "garantir cuidado integral e singular às mulheres idosas [...] através de políticas inclusivas e de promoção de autonomia como centros de convivência" (p. 76), "Assegurar que as políticas públicas garantam a liberdade para mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias [...] em garantia que estas diversas mulheragens não sejam confinadas aos espaços domésticos" (p. 87), "Excluir do conjunto de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) a Constelação Familiar, considerando os danos que podem causar à saúde mental das pessoas envolvidas, especialmente as mulheres, crianças, adolescentes e LGBTQIA+" (p. 91) e "Garantir que toda a Política seja Feminista, Antirracista e Antiproibicionista, que coloque no centro todas as Pessoas que cuidam, com a valorização profissional, atentando a situações das Mulheres de acordo com as suas experiências" (p. 114). Ainda que tais avanços possam refletir a resistência dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, é importante ressaltar que, em um contexto de recrudescimento da Contrarreforma e de desmonte dos direitos sociais, a formulação de propostas, por si só, não é o suficiente.

Destaca-se que ainda em 2023, temos outra iniciativa no âmbito do governo federal: a Portaria MJSP nº 337 de 2023 institui, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de propor medidas intersetoriais voltadas à promoção do acesso a direitos para mulheres, no âmbito da política nacional sobre drogas. No entanto, a Portaria tem como foco a relação jurídica entre mulheres e drogas, não prevendo, a priori, ações específicas no âmbito da saúde.

É interessante ressaltar que tanto o Plano Nacional de Política para as Mulheres como os relatórios das Conferências são documentos que nascem de discussões com a sociedade civil. Observa-se que, enquanto as normativas e diretrizes colocadas pelo Estado tendem a negligenciar as mulheres na construção das políticas públicas, é nos espaços de participação e controle social que suas necessidades são denunciadas e progressivamente reconhecidas. Ainda assim, as mulheres continuam sendo abordadas de forma parcial no campo da saúde mental, e as mulheres que usam drogas ficam praticamente de fora das propostas, o que simboliza mais uma camada de apagamento de suas necessidades e uma compreensão homogeneizada dos processos de sofrimento. Ora, se o cuidado em Saúde Mental para pessoas que usam álcool e drogas pressupõe-se baseado no Plano Terapêutico Singular, por que a singularidade dos usuários - e usuárias - em tem sido desconsiderada? Como as mulheres que usam drogas têm sido inseridas na RAPS se essa política não é pensada considerando suas particularidades?

A partir dessas indagações, torna-se necessário deslocar o olhar do campo das normativas e acessar o cotidiano da política em sua dimensão prática, com estratégia para aprofundar a compreensão sobre os modos de cuidado efetivamente produzidos.

### **CAPÍTULO 3**

## **CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES SOBRE MULHERES QUE USAM DROGAS NA RAPS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Diante do cenário apresentado, este capítulo parte da necessidade de compreendermos como a literatura apreende a assistência às mulheres que usam drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, modalidade que permite análise interpretativa de tendências, enfoques e desafios presentes na produção científica (Souza et al., 2010). Esse método foi escolhido por permitir a construção de um amplo e consistente panorama do que já existe de produção sobre a temática (Mendes, Silveira & Galvão, 2008), possibilitando qualificar a discussão, evidenciando necessidades associadas.

Para isso, buscou-se analisar estudos que abordam mulheres usuárias de drogas em acompanhamento nos serviços componentes da RAPS para responder às seguintes questões: 1) Como a literatura aborda essas mulheres na RAPS? 2) Quais dispositivos têm sido acessados por esse público? 3) Quais enfoques e desafios se apresentam nas pesquisas e no cuidado relatado? Para chegar a essas respostas, esta revisão foi construída a partir de seis fases centrais conforme Souza et al. (2010): a) construção da pergunta de pesquisa, b) busca nas bases de dados, c) coleta e extração dos dados selecionados, d) análise dos estudos incluídos, e) discussão e síntese dos resultados e f) apresentação da revisão.

#### **3.1. Percorso Metodológico**

Realizou-se o levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), PePSIC e através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as palavras-chaves "droga(s)", "álcool", "substância(s) psicoativa(s)", "uso de drogas", "dependente química", "dependência química" combinadas com o operador booleano "AND"

com “mulher(es)” para buscar estudos científicos publicados nos últimos 15 anos. Os descritores foram definidos a partir de terminologias amplamente utilizadas na literatura nacional, afim de ampliar a sensibilidade de busca e reduzir o risco de exclusão de estudos pertinentes. Para composição do *corpus* da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos empíricos publicados em idioma português; trabalhos disponibilizados na íntegra e gratuitamente, publicados nas referidas bases entre 2010-2024; pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro e que abordem mulher(es) usuária(s) de drogas vinculada(s)/cadastrada(s) em algum dispositivo que integra formalmente a RAPS, conforme especificado pelo Art. 5º da Portaria nº 3.088 de 2011. Para tanto, foram incluídos estudos realizados com usuárias, profissionais ou familiares, desde que abarcassem o público de interesse: mulheres usuárias de drogas em cuidado na RAPS. A variedade de buscadores e a amplitude do período de busca foram estratégias para contemplar a pluralidade de nomenclaturas identificadas na literatura para se referir ao tema e abarcar transformações culturais e políticas importantes que se apresentaram com o passar dos anos, especialmente com os recentes retrocessos - como o fortalecimento das CTs na RAPS, de 2011 em diante. Além disso, não são encontradas muitas revisões sistemáticas abarcando esse tema, motivo pelo qual optou-se pelo período de 15 anos.

Foram excluídos da seleção: artigos teóricos, artigos duplicados/repetidos, artigos pagos, capítulos de livro, monografias/dissertações/teses, resumos publicados em anais, estudos sem recorte específico de gênero e estudos que não explicitem uma clara vinculação das mulheres ao serviço da RAPS. Foram desconsiderados estudos em instituições privadas, projetos parceiros da RAPS (como projetos de extensão) ou dispositivos de outras políticas. Cabe ressaltar que também não foram incluídos estudos nos quais os serviços não constam explícitos na Portaria 3.088/11 ou que não sejam caracterizados de forma suficientemente expressa no artigo para serem compreendidos como integrantes da RAPS (exemplo: "serviço de

reabilitação", "clínica especializada" entre outros). Também não foram considerados estudos em que mulheres usuárias de drogas estavam vinculadas ao serviço de saúde como acompanhantes de terceiros, por exemplo, ao filho, companheiro ou outros familiares.

Pelos descritores, foram encontrados 3.297 artigos - sendo 482 na base Scielo, 242 na base PePSIC e 2.573 na BVS. Após avaliação da elegibilidade a partir de títulos e resumos e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 45 artigos compuseram a amostra final. Após leitura completa dos artigos selecionados, os mesmos foram organizados em tabela, com discriminação dos seguintes itens: ano de publicação, autores, estado ou região onde ocorreu a pesquisa, objetivo do estudo, local da coleta, método de coleta, público-alvo e principais resultados. O tratamento e interpretação dos dados se deu através da Análise de Conteúdo do tipo temática (Gomes, 2011) – a partir da qual se discutem elementos e temas encontrados a partir do referencial teórico. Para isso, seguiu as seguintes etapas: 1) pré-análise, onde houve leitura exaustiva e familiarização com o *corpus* da pesquisa, 2) fase de exploração, com a extração e categorização das unidades de análise e sentidos do material, e 3) síntese e articulação dos resultados a partir do referencial da pesquisa.

Como limitações do estudo, destacam-se a restrição ao idioma português, a inclusão apenas de artigos de acesso aberto e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Tais delimitações, contudo, não comprometem os objetivos propostos, estando alinhadas ao escopo e à natureza interpretativa da revisão.

### **3.2. Resultados e Discussão**

Inicialmente, apresentamos uma análise mais descritiva dos achados, com alguns aspectos gerais e a caracterização geral do *corpus*. Em seguida, os achados oriundos da análise do material serão apresentados nos dois seguintes eixos que sintetizam as principais tendências extraídas no processo de análise, visando responder nossos pressupostos e perguntas de

pesquisa: 1) *Mulheres e drogas: perspectivas e representações na literatura* e 2) *Concepções e desafios do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial*. Cabe ressaltar que a definição dos eixos é uma estratégia didática para manejar e organizar nossas reflexões. Muitos aspectos se sobrepõem e dialogam entre si, não sendo nossa intenção esgotar todos os sentidos dos estudos. Esse processo analítico tem como inspiração - e pano de fundo teórico - estudos de gênero e perspectivas críticas e antimanicomiais no campo da saúde mental.

### 3.2.1. Caracterização Geral dos Estudos

Apresentamos na Tabela 2 os estudos abarcados pela presente revisão, junto de informações gerais. Como mencionado, ao todo, foram 45 trabalhos analisados.

**Tabela 2**

*Estudos encontrados na revisão de literatura*

| <b>Autoria e ano</b>      | <b>Natureza do Estudo</b> | <b>Serviço da RAPS</b> | <b>Título</b>  |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|--|
| Campos e Reis (2010)      | Qualitativo               | CRATOD (CAPS)          | Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil |
| Lima et al (2011)         | Misto                     | CAPS AD                | Caracterização de drogaditas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - Estudo Documental        |
| Santos & Silva (2012)     | Qualitativo               | CAPS AD                | A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família  |
| Silva et al (2014)        | Qualitativo               | Comunidade Terapêutica | A luta de uma mulher contra a dependência química: Um olhar da Gestalt-terapia   |
| Souza et al (2014)        | Qualitativo               | Comunidade Terapêutica | Assertividade em mulheres dependentes de crack   |
| Pillon et al (2014)       | Quantitativo              | CAPS AD                | Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial                                  |
| Yabuuti & Bernardy (2014) | Quantitativo              | CAPS AD                | Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial                                      |

| <b>Autoria e ano</b>            | <b>Natureza do Estudo</b> | <b>Serviço da RAPS</b>                | <b>Título</b>  |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Limberger et al (2015)          | Quantitativo              | Internação Hospitalar                 | Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos                                |
| Silva e Pereira (2015)          | Quantitativo              | CAPS AD                               | Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial                                |
| Rasch et al (2015)              | Qualitativo               | CAPS AD III                           | Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III  |
| Medeiros et al (2015)           | Qualitativo               | Comunidade Terapêutica e clínicas     | Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias  |
| Albuquerque & Nóbrega (2016)    | Quantitativo              | CAPS AD                               | Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado |
| Souza et al (2016)              | Qualitativo               | CAPSad                                | Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas.                              |
| Fertig et al (2016)             | Qualitativo               | Internação Hospitalar                 | Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida  |
| Medeiros, Maciel & Sousa (2017) | Qualitativo               | Comunidade Terapêutica e clínicas     | A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento  |
| Limberger e Andretta (2017)     | Qualitativo               | Internação Hospitalar                 | Desenvolvimento das Habilidades Sociais na Vida de Mulheres Usuárias de Crack: Estudo de Casos Múltiplos                   |
| Limberger e Andretta (2017)     | Quantitativo              | Internação Hospitalar                 | Habilidades Sociais e Comorbidades Psiquiátricas de Mulheres Usuárias de Crack   |
| Martins et al (2017)            | Qualitativo               | CAPS AD III                           | O que não tem remédio nem nunca terá: um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher                      |
| Lima et al (2017)               | Quantitativo              | CAPS AD e Centro Pop                  | Uso do método Respondent Driven Sampling para avaliação do alcoolismo em mulheres  |
| Silva et al (2018)              | Qualitativo               | CAPS AD II                            | Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack.  |
| Marcolino et al (2018)          | Qualitativo               | Unidade de Saúde da Família e CAPS AD | Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres?                              |

| <b>Autoria e ano</b>             | <b>Natureza do Estudo</b> | <b>Serviço da RAPS</b>            | <b>Título</b>   |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Soccol et al (2018)              | Qualitativo               | CAPS AD                           | Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial   |
| Queiroz e Prado (2018)           | Qualitativo               | CAPS AD III                       | Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista                  |
| Medeiros et al (2018)            | Quantitativo              | Comunidade Terapêutica e clínicas | Traçando o Perfil de uma Amostra de Usuárias de Crack em Tratamento                                     |
| Menandro, Garcia & Uliana (2019) | Qualitativo               | CAPS AD III                       | A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas                              |
| Carvalho et al (2019)            | Qualitativo               | Unidade Saúde da Família          | Estratégias de enfrentamento da violência conjugal: Discurso de mulheres envolvidas com drogas          |
| Soccol et al (2019)              | Qualitativo               | CAPS AD                           | Motivações da recaída ao uso de drogas por mulheres: estudo fenomenológico                              |
| Soccol et al (2019)              | Qualitativo               | CAPS AD                           | Motivos da recaída ao uso de drogas por mulheres na perspectiva da Fenomenologia Social                 |
| Santos et al (2019)              | Quantitativo              | CAPSad                            | Uso de substâncias psicoativas em mulheres em tratamento ambulatorial                                   |
| Caires e Santos (2020)           | Qualitativo               | CAPS AD                           | Malformação e morte X Alcoolismo: perspectiva da Enfermagem com a Teoria da Transição em gestantes      |
| Vernaglia et al (2020)           | Qualitativo               | CAPS AD III                       | O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde                |
| Ebling et al (2020)              | Qualitativo               | ESF                               | O consumo abusivo de álcool entre mulheres rurais e suas relações familiares                            |
| Leão et al (2020)                | Quantitativo              | CAPS AD III                       | Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas             |
| Pereira (2021)                   | Qualitativo               | CAPS AD III                       | Abordagem multiprofissional quanto ao uso e abuso de drogas durante a gestação: Usuárias do CAPS AD III |
| Ebling et al (2021)              | Qualitativo               | Serviço de Atenção Básica         | Consumo abusivo de álcool por mulheres rurais: o atendimento na Atenção Primária à Saúde                |
| Gomes e Brilhante (2021)         | Qualitativo               | CAPS e Atenção Básica             | Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas                               |
| Pierry et al (2021)              | Qualitativo               | CAPS AD                           | Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD                              |

| <b>Autoria e ano</b>           | <b>Natureza do Estudo</b> | <b>Serviço da RAPS</b>   | <b>Título</b>  |
|--------------------------------|---------------------------|--|--|
| Vernaglia et al (2021)         | Qualitativo               | CAPS AD  | Limites e falência do corpo: o acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack em um CAPSad do Rio de Janeiro                                     |
| Macedo et al (2021)            | Qualitativo               | Consultório na Rua e Internação Hospitalar                                   | O cuidado com gestantes que usam drogas: análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil   |
| Oliveira & Paravidini (2022)   | Qualitativo               | CAPS AD  | Considerações sobre parcerias amorosas e excessos em algumas mulheres toxicômanas  |
| Ribas et al (2022)             | Quantitativo              | CAPS, Hospital Psiquiátrico, Emergência Psiquiátrica e Unidades Terapêuticas | Perfil sociodemográfico de usuárias de substâncias psicoativas em um município do Sul do Brasil  |
| Azevedo & Gomes (2023)         | Qualitativo               | CAPS AD  | A influência dos determinantes sociais na vida de mulheres negras no Centro de Atenção Psicossocial do tipo álcool e outras drogas em Caucaia, Ceará |
| Feldmann e Romanini (2023)     | Qualitativo               | CAPS AD III e Programa de Redução de Danos                                   | Cuidado em saúde mental com gestantes usuárias de crack  |
| Pinto e Corradi-Webster (2023) | Qualitativo               | CAPS AD  | Mulheres, relações afetivo-amorosas e uso de drogas: vivências e significados  |
| Romanini (2024)                | Qualitativo               | CAPS AD e Consultório na Rua   | Quem estamos acolhendo? Uso de drogas e acolhimento de mulheres e pessoas LGBTQIA+   |

Fonte: elaboração própria

Considerando a amplitude do tema e dos critérios de busca, a publicação científica se mostra pouco expressiva na maior parte do tempo ao longo dos últimos anos, sendo que o máximo de publicações (seis estudos publicados) foi atingido apenas em 2021. Percebe-se um discreto aumento na quantidade de publicações entre 2010 e 2022, sendo o ano de 2021 o com maior número de publicações (com seis pesquisas), seguido de 2019, 2017 e 2018 (com cinco pesquisas em cada) e 2014, 2015 e 2020 (com quatro pesquisas em cada). Nos anos de 2016 e 2023, três pesquisas foram publicadas; em 2022 foram duas e os anos com menor produção foram: 2010, 2011, 2012 e 2024 (em todos, apenas uma pesquisa foi publicada sobre a temática

nas referidas bases). Somente em 2013, não foi identificada nenhuma pesquisa seguindo os critérios do estudo.

A maioria dos estudos foi publicada por profissionais da Enfermagem (com autoria em 53% das produções) - e da Psicologia (46%). Algumas categorias profissionais apareceram em apenas um ou dois estudos (medicina, serviço social, biologia, sociologia, fisioterapia) e apenas oito estudos foram escritos conjuntamente por profissionais de diferentes categorias (Lima et al., 2017; Marcolino et al., 2018; Santos et al., 2019; Vernaglia et al., 2020; Gomes et al., 2021; Pierry et al., 2021; Vernaglia et al., 2021; Ribas et al., 2022). Os estudos concentram-se nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (71% da amostra), em contraste com os realizados no Nordeste (24%) e não foi encontrado nenhum estudo realizado no Norte ou Centro-Oeste. Dois estudos não apresentaram indicação de região ou estado.

O *corpus* da pesquisa apresenta uma prevalência de estudos exploratórios, que visam entender significados, compreender a realidade ou mapear aspectos iniciais, sendo 33 estudos de abordagem qualitativa, 11 de abordagem quantitativa e 1 de abordagem mista (quanti-quali). A maioria utilizou entrevistas, aplicação de instrumentos/questionários ou análise documental de prontuários.

Ao todo, nove estudos tiveram como objetivo caracterizar, discutir e compreender o acompanhamento/tratamento, entender as práticas de cuidado ou debater a atuação dos serviços (Limberger et al., 2015; Rasch et al., 2015; Marcolino et al., 2018; Pereira, 2021; Ebling et al., 2021; Pierry et al., 2021; Macedo et al., 2021; Feldmann & Romanini, 2023; Romanini, 2024). Outros sete estudos buscaram caracterizar, mapear ou discutir o perfil sociodemográfico e/ou clínico das usuárias (Lima et al., 2011; Yabuuti et al., 2014; Silva et al., 2015; Medeiros et al., 2018; Santos et al., 2019; Leão et al., 2020; Ribas et al., 2022). Seis trabalhos investigaram aspectos sobre relações familiares e sociais, abordando temas como: perda de guarda dos filhos, relação conjugal e relações familiares (Santos et al., 2012; Menandro et al., 2019; Carvalho et

al., 2019; Caires et al., 2020; Ebling, 2020; Pinto et al., 2023). Cinco pesquisas tiveram como objetivo identificar ou discutir motivações, consequências ou fatores associados ao uso em si, ou à recaída (Soccol et al., 2019; Soccol et al., 2019; Soccol et al., 2018; Lima et al., 2017; Pillon et al., 2014). Os demais estudos compreenderam objetivos diversos como, por exemplo: identificar motivações para o acesso ao tratamento (Vernaglia et al., 2021), analisar concepções ou percepções dos profissionais (Silva et al., 2018; Vernaglia et al., 2020), analisar aspectos como habilidades sociais e/ou assertividade (Souza et al., 2014; Limberger & Andretta, 2017; Limberger & Andretta, 2017). Um único estudo investiga especificamente o uso prejudicial de benzodiazepínicos em mulheres (Martins et al., 2017), enquanto as relações de maior interesse são entre mulheres e o álcool (Campos & Reis, 2010; Santos & Silva, 2012; Pillon et al., 2014; Lima et al., 2017; Caires et al., 2020; Ebling et al., 2020; Ebling et al., 2021) e o crack (Souza et al., 2014; Limberger et al., 2015; Silva & Pereira, 2015; Medeiros et al., 2015; Fertig et al., 2016; Limberger & Andretta, 2017; Limberger & Andretta, 2017; Silva et al., 2018; Medeiros et al., 2018; Vernaglia et al., 2020; Vernaglia et al., 2021; Feldmann & Romanini, 2022).

Do universo analisado, a maioria se refere a usuárias vinculadas a Centros de Atenção Psicossocial (71%), a serviços de internação como hospitais e Comunidades Terapêuticas (27%), e serviços de atenção básica (15%) - UBS, ESF e Consultório na rua. Sobre o recorte de público pesquisado, cinco estudos foram feitos especificamente sobre mulheres gestantes (Yabuuti & Bernardy, 2014; Marcolino et al., 2018; Caires & Santos, 2020; Macedo et al., 2021; Feldmann & Romanini, 2023) e dois sobre mulheres rurais (Ebling et al., 2020; Ebling et al., 2021). Apesar de ser um tema transversal e aparecer em vários dos estudos, o enfoque na racialidade só foi objetivo de um estudo (Azevedo & Gomes, 2023), que buscou analisar como os determinantes sociais incidem na vida das mulheres negras.

### **3.2.2. Eixos Temáticos**

A seguir, serão abordados e discutidos os conteúdos dos artigos, organizados em dois eixos que reúnem as principais tendências extraídas do processo analítico, visando responder às indagações desta pesquisa.

### ***Mulheres e Drogas: Perspectivas e Representações na Literatura***

Apesar da relativa diversidade temática explorada, a amostra revela algumas tendências, sobretudo na forma de compreender e abordar o assunto. De maneira uníssona, a maioria dos estudos sobre usuárias da RAPS reconhece a urgência de considerarmos as especificidades das mulheres usuárias de drogas nos serviços. Ao compreendê-las como um grupo vulnerabilizado e marginalizado, os trabalhos denunciam a natureza sexista e machista da estigmatização que vivenciam, apontando que são vistas como “ameaças sociais” e associadas frequentemente à periculosidade, à inadequação, à criminalidade (Medeiros et al., 2017; Soccol, 2019), e reconhecendo que essas representações negativas e moralizantes "ligam-se aos valores morais que formatam o universo sociocultural" (Campos et al., 2010, p. 546). Além disso, os estudos indicam que não apenas as próprias mulheres tendem a compreender o uso de drogas como algo que as afasta de seu papel social esperado –dificultando o desempenho dessas funções (Campos & Reis, 2010; Medeiros et al., 2017) –, como também os profissionais e familiares reproduzem esse olhar, demarcando uma compreensão estereotipada e generificada do que significa "ser mulher" (Silva et al., 2018): naturalmente cuidadosa, materna, zelosa, pura. Em diálogo com esses achados, observa-se que a ideia de estarem em desacordo com o padrão socialmente esperado contribui para o ocultamento de suas situações quando necessitam de cuidado. Não por acaso, outros estudos apontam que o uso de substâncias tende a ocorrer preferencialmente de forma velada, em espaços privados, o que faz com que, muitas vezes, as mulheres evitem ou adiem a busca por ajuda, na tentativa de se proteger de novos julgamentos (Cruz, 2012; Silva, 2013; Bolzan, 2015).

São mulheres vistas simultaneamente como vulneráveis e responsabilizadas por não corresponderem ao ideal esperado, o de que mulheres não consomem (determinados tipos de) drogas – ponto de partida que as objetifica e fetichiza. Duplamente negadas – enquanto mulheres e usuárias de drogas, com o acréscimo de apresentarem necessidades assistenciais atreladas a este consumo) – tornam-se também duplamente estigmatizadas: por não exercerem seus papéis sociais *corretamente* e ainda por usarem drogas (Medeiros et al., 2017). Em diálogo com os trabalhos analisados, destaca-se que essa estigmatização e patologização não acontece com todas as mulheres da mesma forma, sendo algumas drogas mais associadas ao desvio do que outras. Observa-se que há uma nítida discrepância na aceitação de psicoativos provenientes da indústria farmacêutica em comparação aos ilícitos, ainda que ambos possam produzir efeitos semelhantes e gerar dependência (Carneiro, 2005).

Nesse ponto, a literatura problematiza a naturalização do uso de substâncias lícitas por mulheres: segundo levantamento do Relatório Brasileiro sobre Drogas, as mulheres são o público que mais consome medicamentos psiquiátricos sem prescrição médica - especialmente benzodiazepínicos (BZD) (Duarte et al., 2009); em uma pesquisa realizada por Telles et al. (2011) na atenção primária, observou-se que 88,89% dos idosos que consumiam BZD eram mulheres, e as queixas normalmente envolviam problemas no espaço doméstico. Prescritos com frequência para o tratamento de transtornos de ansiedade e distúrbios do sono, esses medicamentos produzem efeitos de relaxamento e sedação, podendo levar à dependência, chegando à intoxicação e até à morte em casos extremos (Pontes & Silveira, 2017). Ainda que o uso abusivo de psicofármacos pelas mulheres e os riscos associados sejam expressivos, apenas um estudo da amostra analisou diretamente esse fenômeno (Martins et al., 2017), silêncio que ecoa e reforça debates já consolidados no campo da saúde mental. Como argumentam Queiroz e Prado (2022), esse fenômeno de medicalização das mulheres que “desviam da norma” pode operar como instrumento de controle dos seus corpos, inibindo "tentativas de subversão das

normas hegemônicas de gênero socialmente estabelecidas" (p. 12). Essa reflexão também encontra respaldo em autores como Zanello e Costa e Silva (2012), que sugerem que o uso de BZD normalmente não é visto como problemático pois permite que mulheres exerçam suas funções sociais “adequadamente”, que permaneçam dóceis.

A amostra analisada apontou que há um perfil majoritário de mulheres usuárias de drogas nos serviços de saúde mental, a saber: mulheres jovens/adultas, solteiras, sem ocupação laboral formal, com vínculos familiares conflituosos ou fragilizados, sem rede afetiva significativa e vitimadas por violência (Santos et al., 2019; Leão et al., 2020; Silva & Pereira, 2019). Evidenciam-se ainda baixa escolaridade e baixa renda, com agravamento da situação de vulnerabilidade quando são pobres, negras ou lésbicas (Ribas et al., 2022). Apesar desse relativo consenso sobre algumas características importantes desse grupo, denuncia-se a escassez de informações sobre identidade étnico-racial, renda e escolaridade nos registros do serviço (Leão, 2020), e também observa-se que os próprios estudos carecem de detalhamento sobre a vida comunitária dessas mulheres e sua relação com dispositivos intersetoriais, deixando lacunas quanto à compreensão de seu território, cultura e comunidade.

Em interlocução com esses achados, outras produções da área têm destacado que o cuidado às pessoas que usam drogas pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, deve ser, essencialmente, integrado e intersetorial, mobilizando recursos comunitários e a própria rede social do usuário. Direcionar o cuidado e estratégias de agência para a comunidade, por sua vez, demanda aproximação entre esta e o serviço (Costa et al., 2015). Entretanto, os estudos desta revisão pouco aprofundam a dimensão territorial da vida das mulheres, deixando lacunas sobre as relações comunitárias e sociais disponíveis. Segundo a pesquisa que deu origem ao boletim "Violências, Corpo e Território" (Redes da Maré, 2023), “a cidade tem uma influência importante na relação das mulheres com seus corpos" (p. 88). Para as autoras, a organização do território e de seus recursos têm impactos significativos na

forma como mulheres se enxergam, se alimentam, se exercitam, se encontram. Diz respeito à sua história e àquilo que as constitui. Se a tendência observada na amostra é a concepção de mulheres que usam drogas apenas como "usuárias de drogas", nota-se uma redução estigmatizante de suas existências, o que dificulta que se reconheçam em sua subjetividade (Cunha et al., 2024). Ao negligenciar suas vivências individuais e coletivas - aquilo que as constitui -, abarcando aspectos muito reduzidos e limitados, parte da literatura pode estar deixando escapar um aspecto central para construção do cuidado na perspectiva antimanicomial. Pois mesmo quando as abordam, a produção científica tem reproduzido um apagamento histórico de quem são em sua totalidade e singularidade, reduzindo-as ao comportamento de usar drogas.

Embora haja reflexões sensíveis às questões de gênero, parcela significativa do *corpus* da revisão ainda parte de uma compreensão estigmatizante ao abordar o tema das drogas. Ao reproduzir a máxima das drogas e da dependência como um grave problema social ou de saúde pública (Pillon et al., 2014; Feldmann & Romanini, 2022; Soccol et al., 2018; Leão et al., 2020), vários estudos adotam uma visão centrada nos prejuízos, atribuindo às drogas um papel de vilãs e responsáveis pelas violências sofridas e mazelas sociais - e não um de seus sintomas e expressões, como defendemos. Mesmo diante do entendimento do fenômeno do uso de drogas como multiplamente determinado e mediado atravessado por questões biológicas, sociais e culturais, a escolha pelo emprego de termos como "drogaditas", "alcoolismo" e "dependentes", além da noção de dependência química (presente em vários estudos) ainda é predominante e denota - à luz da produção científica da área - um olhar individualizante e biomédico, que entende a dependência a partir de alterações meramente neuroquímicas ou de uma doença do cérebro (Costa, 2020). Essa terminologia perpetua a ideia de que essas mulheres são organicamente doentes, permitindo que sejam vistas pelos profissionais exclusivamente pelo viés da medicalização (Fiore, 2002). Nesse enquadramento, nota-se que é a droga quem aparece

como sujeito, sendo a mulher um objeto da substância; e as disciplinas e profissões que as leem de tal modo tendem a atuar sobre elas nesse mesmo sentido de objetificação, reproduzindo-a e a recrudescendo. Autores como Queiroz e Prado (2018) problematizam esse movimento, e apontam que as intervenções têm se preocupado mais com a gestão dos corpos (a partir de um olhar bioquímico) do que com o acolhimento de suas histórias e singularidades.

Essa perspectiva centrada nas drogas - e não nas mulheres - se mostra como algo que dificulta a compreensão de sua complexidade e, por vezes, “toma a dimensão de pânico, transformando-a em algo a ser combatido” (Oliveira & Paravidini, 2022, p. 158). Além de não abarcar outras possibilidades de relação com as substâncias, essa ótica pode levar à desresponsabilização do Estado na garantia de direitos da população, tornando-se ferramenta útil para a culpabilização dos sujeitos e das próprias substâncias - colocadas como o grande problema a ser eliminado. Soma-se a isso o impacto da histórica e persistente criminalização das drogas no Brasil, que ainda intensifica os processos de segregação social e estigmatização dessas pessoas, por um lado aumentando a sua necessidade por serviços diversos e, por outro, afastando-as desses serviços (Souza et al., 2016). Nesse rumo, Medeiros et al. (2015) reforçam que mulheres que usam drogas são, antes de qualquer coisa, pessoas que devem ter seus direitos garantidos, sugerindo que precisam ser percebidas para além do uso de substâncias e também dos papéis de esposa e mãe.

Essas reflexões extraídas do nosso corpus dialogam com várias produções acadêmicas, como a de Gonçalves e Albuquerque (2016) (citado por Azevedo & Gomes, 2023), que relembram a importância de considerar a "questão das drogas" como uma das tantas expressões e reflexos da Questão Social. Reitera-se, assim, mais uma vez, a importância de não conceber o uso de substâncias como “uma má ou boa prática, mas sim como uma prática humana” (Costa, 2020, p. 55), que se coloca, portanto, para atender às necessidades diversas do ser humano. Tecendo críticas a esse reducionismo, Amarante (2000) alerta que a escolha terminológica não

é neutra: ao definir o sujeito pelo uso de substâncias, pode-se reforçar estigmas e obscurecer as dimensões sociais, existenciais e políticas do fenômeno. Complexificando ainda mais, a escolha dos termos já pode dizer de tal coisificação dos sujeitos, expressando-a ideologicamente. Podemos compreender que não se trata de um debate meramente terminológico, mas de sentidos: o que são drogas, porque nos relacionamos com elas, o que é ser mulher e se relacionar com drogas, entre outros. Tais sentidos se materializam em práticas ou dialogam com elas, sendo reverberações ou decorrências concretas. Recorrendo novamente à amostra do estudo, Campos et al. (2010) conclui: "A categoria médico-psiquiatra "*dependência do álcool*" não abarca a complexidade das representações sobre o uso do álcool construídas pelas mulheres entrevistadas. Quando as mulheres falam que abusavam do álcool, elas falam, sobretudo, dos conflitos e dissabores enfrentados no meio social em que vivem" (p. 548), num retrato de como o uso de álcool e drogas também têm representado (dentre vários outros sentidos) uma estratégia de enfrentamento às dificuldades da vida cotidiana.

Nesse diálogo, Carvalho et al. (2019) investigam estratégias usadas por mulheres para o enfrentamento da violência conjugal, revelando que o uso de drogas aparece nesse cenário como possibilidade de autocontrole, regulação das emoções ou fuga da realidade. Os autores apontam que o isolamento social causado pela violência dificulta que essas mulheres acessem os dispositivos de cuidado, sendo necessárias providências para aproximá-las das instituições, visto a fragilidade de seus vínculos. Apesar dessa reflexão pontual, a literatura analisada ainda tem deixado escapar que o uso de drogas pode ter, com bastante frequência, uma função importante na vida das mulheres, para essa e tantas outras dificuldades do cotidiano.

Outro achado importante em nosso *corpus* diz respeito às relações familiares, que Ebling et al. (2020) identificam como fator protetivo para as mulheres desde que seus membros também sejam acolhidos e apoiados no processo de cuidado, para que possam compreender melhor a situação vivenciada. Os autores reforçam a urgência de as políticas públicas

mobilizarem também esses parceiros, em consenso com Schuch et al. (2018) - que sugere maior articulação e troca de orientações entre equipe e família na produção de cuidado. É preciso lembrar que o estigma social e a compreensão moralizante da própria família e comunidade sobre essas mulheres dificultam sua reinserção em seus espaços de pertencimento. Construir um trabalho integrado a esse território afetivo para compreender suas reais necessidades e apoiar a construção de estratégias coletivas - com base em suas especificidades - é essencial. No entanto, estudos anteriores à amostra já identificavam que mulheres costumam buscar o serviço desacompanhadas de seus familiares, muitas vezes preferindo iniciar o tratamento de forma escondida, por vergonha ou medo de fracassarem (Nobrega & Oliveira, 2005). Ademais, o próprio corpus evidencia que conflitos familiares, relações violentas e laços rompidos são grandes estressores que levam ao sofrimento, sendo inclusive considerados fatores de risco ao uso considerado problemático de substância (Yabuuti & Bernardy, 2014; Soccol et al., 2018; Ribas et al., 2022). Assim, não se pode idealizar relações familiares como proteção universal; pois constituem, notadamente, vínculos múltiplos, atravessados por ambivalências e desigualdades.

Ainda no bojo do material analisado, destaca-se que a atuação com a "questão das drogas" - ou melhor, com mulheres que usam drogas e precisam de alguma assistência -, deve extrapolar a visão biomédica tradicional (Leão et al., 2020). Para tanto, é necessária uma compreensão ampliada do conceito de saúde, que abarque as especificidades e diferentes possibilidades do "ser mulher" na realidade brasileira. Nesse horizonte, a Redução de Danos (RD) emerge enquanto alternativa e posicionamento ético no campo da saúde mental. Mencionada por poucos estudos, a RD representa um compromisso com as pessoas que usam drogas, partindo de uma compreensão ampliada de saúde mental e da não-culpabilização, e propondo espaços de escuta e protagonismo (Feldmann & Romanini, 2023). Diferentemente do paradigma abstencionista, que se coloca (de forma coercitiva e imposta) como principal

objetivo a ser alcançado, a RD compreende o cuidado como processo (e não destinado a um desfecho específico), reconhecendo o tempo e as necessidades singulares, propondo um olhar diferenciado para cada sujeito e contemplando a potência de seus recursos, de suas escolhas, de seu território. Apesar de sua relevância, essa perspectiva permanece insuficientemente compreendida e aplicada pelos serviços, profissionais e usuárias, segundo o universo analisado (Feldmann & Romanini, 2023; Azevedo & Gomes, 2023; Romanini, 2024) – o que reafirma a necessidade de aprofundar o debate e tensionar concepções ainda hegemonicamente biomédicas.

### ***Concepções e Desafios para o Cuidado na RAPS***

Esta revisão constata que apesar do aumento no número de mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas no Brasil (Medeiros et al., 2015; Santos et al., 2019; Caires et al., 2020), esse aumento "não vem correspondendo, na mesma ordem, à implantação de políticas públicas mais sensíveis às perspectivas de gênero ou ao desenvolvimento de pesquisas científicas" (Ribas et al., 2022, p. 2). Essa escassez é percebida não apenas na forma genérica que se aborda a atenção às mulheres, mas na ausência de menções nos estudos a políticas, programas e estratégias específicas para as mulheres na Rede de Atenção Psicossocial.

A baixa representatividade dos serviços da rede nas pesquisas, com a hiper-representação dos Centros de Atenção Psicossocial (71% dos estudos) possibilita múltiplas interpretações. Desde períodos anteriores ao período pesquisado, já entendia-se a implementação da RAPS como alternativa substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos como um grande avanço para a perspectiva do cuidado em liberdade baseado nos direitos humanos (Loureiro, 2004). Conhecido como coordenador do cuidado em Saúde Mental (Brasil, 2002), o CAPS é estratégico para pensar as ações de desinstitucionalização e de articulação dessa rede, sendo comumente o principal serviço acionado para essa função. Sua visibilidade é, portanto,

um avanço e uma conquista histórica. Por outro lado, essa centralidade deve ser problematizada em face do cuidado "enCAPSulado" que se observa na maior parte do país (Amarante, 2003). Mesmo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira pautasse justamente a integralidade das ações e a ampliação da noção de rede, observa-se que, em boa parte do país, essa se materializa por meio da atuação isolada e fragmentada dos CAPS, o que pode reforçar uma lógica baseada nos especialismos, em detrimento do cuidado no território e na comunidade (Costa, Ronzani & Colugnati, 2018). Não se trata de minimizar sua importância, pois esses dispositivos têm papel fundamental na efetivação e organização do cuidado. No entanto, a dependência dos CAPS acarreta o risco de reduzir as possibilidades de aprimoramento do cuidado e da interlocução na rede. Além disso, os CAPS não conseguem suprir a complexidade e a quantidade de demandas, além de serem insuficientes em número (Costa et al., 2018).

Com pequena expressividade na amostra, 15% dos estudos trabalham com mulheres acompanhadas por serviços da Atenção Básica. À luz de outras literaturas clássicas da área, lembramos que, enquanto porta de entrada para a saúde na maior parte do território brasileiro, a APS tem enorme relevância no cuidado aos usuários de álcool e drogas, sendo, por si só, uma estratégia de desmedicalização na saúde mental devido à sua alta resolutividade no trabalho com as famílias e territórios (Amarante, 2007). No entanto, de acordo com o *corpus* analisado, a APS encontra dificuldades para identificar e abordar o uso de substâncias, de forma que os profissionais tendem a priorizar o cuidado de demandas e problemas "socialmente aceitáveis" - como questões de ordem orgânica, cuidados ginecológicos e outros (Ebling et al., 2021). A falta de integração entre a UBS e o CAPS também têm sido percebida como um dificultador para o acompanhamento integral e contínuo (Yabuuti & Bernardy, 2014; Ebling et al., 2021; Pereira, 2021) e, apesar desses desafios serem evidentes, o corpo de estudos pesquisado não tem se ocupado suficientemente dos diálogos entre esses serviços, negligenciando dispositivos como o matriciamento, a educação permanente e as estratégias de articulação de rede - que não

são discutidos com destaque na amostra. Limberger et al. (2015) destacam que para pensar o cuidado integral, é essencial que sejam considerados aspectos como o acesso à educação e profissionalização. As autoras sugerem que a negação ou restrição de direitos fundamentais ocasiona o aprofundamento das vulnerabilidades dessas mulheres, apontando que aspectos como o desemprego e a baixa renda - quando somados ao já existente estigma - afastam as mulheres da reabilitação psicossocial.

É importante destacar que pensar o cuidado a partir da Redução de Danos implica questionar estratégias assistenciais tradicionais e garantir um modelo de cuidado que ultrapasse o foco restrito no uso de substâncias, contemplando a totalidade da vida social (Petuco, 2014). A RD enquanto movimento não pode se reduzir a um conjunto de procedimentos e técnicas meramente operacionais; trata-se de uma concepção ampliada de saúde - concepção que, a nosso ver, ainda é pouco incorporada na produção científica. Nessa esteira, instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) - parcamente discutido pela amostra - precisam estar alinhadas a essa perspectiva. Segundo o Ministério da Saúde, o PTS corresponde a "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas", que deve ser resultado de discussão multidisciplinar e considerar recursos do usuário, família e comunidade na formulação de seus objetivos.

Ressalta-se que o PTS, se fundamentado em uma concepção ampliada de saúde, "nunca está pronto, acabado, mas é dinâmico e está sempre em construção" (Junior, Franco & Merhy, 2022, p. 82). Para além da participação nas atividades do serviço, requer estratégias que articulem necessidades clínicas, comunitárias e intersetoriais, reconhecendo as pessoas para além do uso de substâncias, em sua singularidade. Entretanto, poucos estudos mencionam essa ferramenta (Pereira, 2021; Vernaglia et al., 2020; Souza et al., 2016; Rasch et al., 2015; Lima et al., 2011), e apenas um deles desenvolve com especificidade a sua construção, tendo como objetivo "debater o PTS de usuárias de um CAPS AD III" (Rasch et al., 2015). Em diálogo

estreito com outras publicações, os autores relembram um aspecto importante: muito mais do que pensar intervenções de contenção de crise, o PTS deve contemplar a "coprodução e cogestão" do cuidado integral em saúde, com interlocução entre as redes disponíveis e interdisciplinaridade. A escassez dessa discussão denuncia, dentre outras coisas, a dificuldade de entendimento sobre a integralidade no cuidado em saúde mental, que ainda segue ancorada em um olhar biologizante e limitado.

Além da limitada representatividade da diversidade da RAPS e das ferramentas para o cuidado integral, chama atenção a persistente centralidade atribuída às internações - em Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos e Hospitais Gerais - presentes como local de pesquisa em 27% da amostra. Apesar das evidências consistentes de graves violações de direitos em instituições que operam no formato asilar-manicomial e contrariamente aos pressupostos da reforma psiquiátrica (CFP, 2019; MPF, 2020), os Hospitais Psiquiátricos (HPs) e Comunidades Terapêuticas (CTs) continuam sendo dispositivos centrais, com presença marcante no cotidiano da rede. Ainda que seja essencial investiga-los, denuncia-se que poucos dos estudos problematizam criticamente seu caráter excepcional e, por vezes, manicomial e violento, o que expressa naturalização da lógica da internação e a ausência de um olhar crítico sobre o cenário de remanicomialização no campo das drogas. A ênfase dada às internações associada à falta de estudos em outros dispositivos e ao sufocamento dos CAPSad, reflete a força da Contrarreforma e denuncia seu caráter perverso e, inevitavelmente, sexista e racista, especialmente se considerarmos quais corpos vivenciam mais iniquidades. Essa relevância encontra eco em outras produções na área. Diante da lacuna assistencial, parecem restar apenas as internações hospitalares, quando os casos já estão em um alto nível de gravidade; e nesse cenário, dispositivos como as CTs e clínicas clandestinas tornam-se alternativas viáveis e continuam se destacando, reforçando uma tendência histórica de manutenção da atenção ao usuário de drogas fora do âmbito do setor público de saúde (Pitta, 2011).

É necessário reiterar que a RPB não é contrária às internações - que são ferramentas importantes para manejo e acolhimento de casos graves “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001). Contudo, conforme a Lei 10.216/01, essas internações devem acontecer como último recurso, e em leitos de CAPS do tipo III ou em Hospitais Gerais - onde há equipamentos e recursos adequados para proporcionar um ambiente seguro de cuidado. A permissividade quanto as internações em Hospitais Psiquiátricos e CTs sem crítica ao modelo que perpetuam reflete uma problemática histórica que vai de encontro aos pressupostos da legislação vigente. Em contraponto aos seis estudos em CTs, nenhum estudo foi realizado em Unidades de Acolhimento (UA) ou em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por exemplo. E apenas oito (8) estudos abordaram mulheres frequentadoras de CAPS do tipo III - modalidade de CAPS que permite o acolhimento noturno.

Diante da necessidade ainda incipiente de construir o cuidado para mulheres que usam drogas, os estudos analisados buscam contextualizar e caracterizar esse uso, associando-o a fatores como: vulnerabilidade e abandono social, baixa escolaridade, conflitos familiares e amorosos, violência intrafamiliar e relações conturbadas (Pinto & Corradi-Webster, 2023; Santos et al., 2019; Ribas et al., 2022; Caires et al., 2020). De forma geral, há um movimento relevante de compreender as motivações para o uso de drogas, assim como suas consequências e prejuízos. Contudo, é fundamental que tais informações orientem a construção de uma atenção integral à saúde para além do foco nas drogas – incorporando o acesso a direitos, cidadania, protagonismo, etc. O que se percebe é que, embora o uso de drogas seja notadamente um fenômeno decorrente de uma situação social complexa - como evidenciado pelos achados -, a saúde ainda é pensada na esfera individual, conforme denunciam Silva e Pereira (2015). As autoras apontam que, dentre os cuidados ofertados no serviço, observa-se primazia de atendimentos individuais em detrimento de estratégias coletivas e multiprofissionais, relembrando que o processo de cuidado no modelo interdisciplinar "precisa ser construído

coletivamente para ampliação do conhecimento da pessoa a ser cuidada, do seu contexto sociocultural e de sua relação com a droga" (p. 207).

Em diálogo com a amostra, outros estudos também sugerem que, apesar de sua proposta interdisciplinar e territorial, o CAPS ainda é muito procurado como uma possibilidade de acesso à medicação e atendimento ambulatorial - especialmente psiquiátrico e psicológico, segundo Pierry et al. (2021). A centralidade da Psicologia e da Enfermagem na produção dos estudos analisados também reforça esse cenário: a escassez de discussões sob ótica interdisciplinar e a hegemonia de um olhar marcadamente biomédico ou psicologizante. Segundo o próprio Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), profissionais da enfermagem compõem mais de 50% da força de trabalho na área da saúde, sendo natural que constituam maioria na Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, é fundamental o envolvimento ativo da categoria na construção e revisão de suas práticas, uma vez que, apesar de sua expressiva presença tanto nos serviços quanto na produção científica da área, ainda prevalecem práticas tradicionais e protocolares, como a triagem e a medicalização (Meirelles et al., 2011).

Por outro lado, a Psicologia - juntamente com a Psiquiatria e Psicanálise -, continua sendo convocada para abordar temas relacionados à Saúde Mental e aos tais “transtornos mentais”, inclusive os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, se o cuidado em Saúde Mental diz respeito ao cuidado de pessoas, suas histórias e existências complexas, "o seu entendimento, assim como sua abordagem, não pode ser propriedade privada de profissões especializadas como as do campo psi" (Costa, 2024, p. 12). Ao visualizarmos, portanto, a "questão das drogas" na saúde apenas pela ótica do campo psi (ou mesmo da enfermagem), corre-se o risco de individualizar questões sociais e negligenciar um cuidado que deveria ser integral e, portanto, multiprofissional e interdisciplinar. Aliada a isso, a escassez de estudos com enfoque multiprofissional revela a setorização e fragmentação das práticas profissionais, o que

contribui para um cuidado focado na lógica ambulatorial e no paralelismo das ações (Godoy, 2024).

Outro aspecto identificado na amostra diz respeito à divergência entre o cuidado ofertado e o cuidado que seria, de fato, necessário e desejado - tanto dentro quanto fora dos serviços. Ao investigar a experiência da família no exercício do cuidado de mulheres que fazem uso de álcool, Santos e Silva (2012) apontam que essa dissonância entre o sentido atribuído ao cuidado e a percepção de quem recebe é recorrente nas relações familiares. Segundo relato de uma usuária, as práticas adotadas por sua família "não eram cuidados dirigidos à sua pessoa e sim cuidados punitivos e de policiamento que incluíam não sair de casa, não manusear dinheiro" (p. 368). Em outro estudo da amostra, mulheres gestantes relatam que a atenção dos profissionais se concentra exclusivamente na sua gestação, evidenciando a ausência de compromisso e acolhimento de suas necessidades enquanto sujeitos. Desacreditadas em sua capacidade de decisão, usuárias da RAPS são constantemente negligenciadas em suas necessidades e submetidas a um modelo de atenção ajustador: "Trata-se, portanto, de um cuidado no espectro da saúde materno-infantil, e não um cuidado direcionado à saúde da mulher" (Feldmann & Romanini, 2023, p. 231). A ausência de autonomia e de poder de decisão sobre o seu próprio cuidado contribui para a reprodução de trajetórias marcadas pelo silenciamento e pela institucionalização.

Além dessa divergência, outros obstáculos à efetivação do cuidado às mulheres foram evidenciados. Dentre as barreiras mencionadas estão: o ambiente predominantemente masculino dos serviços, listas de espera, falta de encaminhamento, negação, medo do julgamento e constrangimento, desaprovação social, falta de apoio com o cuidado dos filhos, escassez de recursos financeiros, estrutura física inadequada, falta de preparo profissional e o próprio vício (Lima et al., 2011; Albuquerque & Nóbrega, 2016; Cunha et al., 2024). Entretanto, de modo geral, não se observa nos estudos a responsabilização da sociedade ou do Estado por

essas barreiras, de forma que a responsabilidade pela “adesão” ao tratamento recai sobre as próprias mulheres, suas famílias ou mesmo sobre os profissionais. Nesse contexto, é fundamental compreender essas lacunas da rede e a fragilidade da articulação intersetorial, para que tais dificuldades de acesso e permanência no cuidado não sejam vistas como falhas individuais ou institucionais, mas como reflexo de um projeto político mais amplo, marcado por exclusão e negação de direitos. Em estudo sobre acesso e acessibilidade, Vernaglia et al. (2020) propõem que, muitas vezes, é preciso que o cuidado ultrapasse os muros institucionais para abarcar a diversidade de demandas e sujeitos que dele precisam, sem responsabilizá-los por sua vulnerabilidade. Porém, a literatura analisada pouco aborda práticas extra-institucionais.

Em nenhuma dimensão, as lacunas identificadas desqualificam os esforços da produção de conhecimento na área, mas evidenciam a necessidade de ampliar perspectivas e investimentos em pesquisa e formação profissional. Parte significativa da produção acadêmica ainda adota um enfoque biologizante, centrado em fatores de risco e prejuízos, com tonalidade moralizante e criminalizante (Barros et al., 2019). Se o uso de drogas pode constituir uma resposta a necessidades sociais complexas, é fundamental que a produção de saúde se oriente por essas demandas - e não exclusivamente pelo consumo. Enquanto a literatura não avançar na compreensão dessas necessidades, tampouco, será possível consolidar a organização dos serviços e efetivar o cuidado psicossocial e integral que se pretende construir.

## CAPÍTULO 4

### “QUASE QUE A DROGA ME DEIXA LOUCA!”: UM ESTUDO DE CAMPO SOBRE NARRATIVAS DE MULHERES QUE USAM DROGAS

Inspirado e introduzido pelas seções anteriores, este capítulo contextualiza e apresenta o percurso metodológico e os achados de nosso estudo empírico, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo Álcool e Drogas do Distrito Federal em 2025. O capítulo está organizado na seguinte sequência: caracterização do campo de pesquisa, detalhamento do percurso metodológico e das etapas da pesquisa, apresentação dos resultados da primeira etapa da pesquisa (documental) seguidos da apresentação dos resultados e discussão da segunda etapa, com imersão no campo. O objetivo geral deste estudo foi investigar as vivências de mulheres acompanhadas em um CAPS AD no Distrito Federal, e seus objetivos específicos foram: a) caracterizar a população de mulheres acolhidas pelo serviço e b) investigar suas histórias de vida e trajetórias de cuidado.

Antes de qualquer análise, ressalta-se que a escolha pelo *locus* de pesquisa se deu pela facilidade na comunicação e pela relevância do serviço no cuidado de pessoas que usam drogas, ainda que esta centralidade seja controversa. Nesse sentido, em diálogo com os capítulos anteriores, apontamos mais uma vez que reconhecer a importância desse dispositivo não deve nos isentar de tecer críticas à rede do Distrito Federal. Deve-se enfatizar que a centralidade dos CAPS somada à ausência de outros dispositivos tem expressado, na verdade, um projeto de precarização e desmonte do sistema de saúde, como exposto.

#### 4.1. Caracterização do Campo de Pesquisa

O *locus* da coleta dessa pesquisa é um dos sete CAPS AD do Distrito Federal, o qual é referência para uma população de mais de 356 mil pessoas, de acordo com o Painel InfoSaúde da Secretaria de Saúde (SES-DF). Segundo o Instituto de Pesquisa e Estatística do DF (IPEDF,

2024), a RA onde o serviço está localizado possui uma população predominantemente negra (70,3%), em idade ativa (67,34%) e cristã (77,6%). A maior parte dela é composta por pessoas que nasceram no nordeste do país (65,2%), no Sudeste (22,3%) e apenas 10,1% são naturais do Centro-Oeste. Em torno de 40% da população possui ensino médio completo e apenas 16,8% possuem ensino superior.

Inaugurado em 2011, o CAPS AD oferece acompanhamento psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, atendendo o público a partir de 16 anos em horário comercial (8h às 18h), conforme preconizado pela Portaria nº 336/02. Para iniciar acompanhamento, os usuários passam por um acolhimento inicial – que pode ser realizado a qualquer momento e sem necessidade de agendamento - para, em conjunto com a equipe, determinarem os próximos passos do cuidado através da construção do Plano Terapêutico Singular. Atualmente, dez atividades em grupo - entre grupos terapêuticos, esportivos e oficinas - compõem a rotina semanal fixa do serviço. Além destes, fazem parte do cotidiano do serviço: atendimentos individuais ou de família com equipe multidisciplinar, consultas médicas, consultas de enfermagem, testagem rápida para ISTs, passeios e visitas a instituições culturais, participação em atividades artísticas no território, visitas domiciliares, reuniões de rede, ações de educação em saúde, ações de matriciamento e assembleia de usuários. Os profissionais também realizam uma reunião de equipe semanal e participam do projeto de Supervisão Institucional oferecido pela Secretaria de Saúde em parceria com a Fiocruz Brasília como estratégia de Educação Permanente em Saúde.

No período da pesquisa, a equipe do CAPS era composta por 14 profissionais, sendo sete da enfermagem (cinco deles com carga horária de 40h), um clínico-geral (20h), duas psiquiatras (20h), um psicólogo (20h), uma assistente social (40h), uma farmacêutica (40h) e um técnico administrativo, além de uma trabalhadora de serviços gerais e dois vigilantes

terceirizados - que participam ativamente da rotina e da produção de cuidado dos frequentadores.

Com uma das redes mais escassas do país, a RAPS do Distrito Federal sobrevive a duras custas. Com 0,54 CAPS para cada 100 mil habitantes, o DF é a unidade federativa que possui a segunda pior cobertura de CAPS do Brasil, atrás apenas do estado do Amazonas (Ministério da Saúde, 2024). Além da insuficiência de CAPS (são 18 CAPS no total e apenas sete CAPS do tipo AD), há apenas uma Unidade de Acolhimento (UA), duas residências terapêuticas (muito recém-inauguradas) e 59 leitos clínicos em saúde mental em Hospital Geral para todo o Distrito Federal. Por outro lado, são pelo menos 121 leitos psiquiátricos de longa permanência - sendo pelo menos 83 no Hospital Psiquiátrico ilegal do DF. De acordo com o Estado, o custo/mês desse Hospital Psiquiátrico é de R\$5.777.986,25, valor que poderia custear pelo menos nove CAPS com leito para acolhimento noturno. Comunidades Terapêuticas, clínicas clandestinas e particulares encontram espaço privilegiado nessa precariedade, recebendo verbas cada vez mais exorbitantes do governo do Distrito Federal. A título de exemplo, o valor de R\$5.461.985,08 destinado em 2024 para uma única clínica privada com características asilares-manicomiais poderia manter aproximadamente 81 leitos em enfermarias de Hospitais Gerais; e apenas uma comunidade terapêutica do DF, que recebeu financiamento público de duas fontes estatais entre 2019 e 2022, recebeu um total de R\$5.635.165,17 - o equivalente ao custo/mês aproximado de quatro CAPSad III e 12 CAPSad II (Brasil de Fato, 2024; Brasil de Fato, 2025).

De forma geral, o DF tem sido apontado como uma das unidades federativas mais atrasadas na implementação da Reforma Psiquiátrica (Zgiet, 2013), e a literatura denuncia uma série de limites institucionais que impactam na oferta de cuidado na região: a insuficiência de CAPS e outros dispositivos estratégicos da RAPS para suprir a demanda do território, a frágil articulação entre os pontos de atenção à saúde, o baixo quantitativo de profissionais nos serviços e as condições de trabalho pouco adequadas em termos estruturais (Lima et al., 2017). A

ausência de componentes importantes na rede, além das fragilidades mencionadas, dificulta seu funcionamento de forma integrada e articulada, favorecendo a centralidade das interações em manicômios. Dessa forma, ao investigar a assistência na RAPS do DF, nos deparamos com um cenário desafiador, que tem exigido dos trabalhadores criatividade e resiliência para explorar o território e os recursos disponíveis.

#### **4.2. Percorso Metodológico**

Para atingir seus objetivos, o presente estudo, de natureza mista, aconteceu em dois momentos. A primeira etapa, de natureza quantitativa, consistiu em uma análise de prontuários, visando coleta e sistematização dos dados sociodemográficos das mulheres acolhidas pelo serviço nos últimos seis meses (janeiro a julho de 2025). Para seleção desses prontuários, a pesquisadora recorreu à agenda do serviço e ao “livro de acolhimento”, instrumento utilizado pelos trabalhadores do serviço para registrar, diariamente, todos os acolhimentos realizados. Após identificação dos prontuários das mulheres nesse livro, a coleta dos dados foi realizada no sistema TrakCare - sistema de prontuário e informação eletrônico utilizado pela Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/DF) - a partir de duas ferramentas: a aba “Dados do Paciente” e o registro escrito do atendimento de acolhimento propriamente dito. É nessas duas ferramentas que devem ser registradas, idealmente, as informações gerais e os dados sociodemográficos sobre as usuárias que buscam o serviço. Foram extraídas as informações relacionadas à idade, raça/cor, identidade de gênero/orientação sexual, escolaridade, status civil, ocupação, situação de moradia e de renda. Esses dados foram organizados em tabelas, quantificados e sintetizados a partir da estatística descritiva (frequência).

Na segunda etapa, de natureza qualitativa, adotou-se como estratégia metodológica central a observação participante, realizada por meio da imersão da pesquisadora na rotina do CAPS entre agosto e setembro de 2025. No campo da saúde e das ciências sociais, essa

estratégia tem se mostrado importante para a apreensão da complexidade dos serviços e as tensões que atravessam a gestão do cuidado (Minayo, 2014), além de possibilitar a percepção de significados, relações e dinâmicas que se produzem no cotidiano. Essa inserção envolveu a participação em espaços de convivência do serviço e o registro de observações e percepções em diário de campo, possibilitando apreensão das dinâmicas institucionais, arranjos cotidianos de cuidado e relações estabelecidas entre usuárias e profissionais. Os momentos de observação concentraram-se especialmente nas vivências do grupo de mulheres, atividade semanal de horário fixo no serviço, e em momentos de convivência com as usuárias. No âmbito desse processo de observação participante, três momentos foram conduzidos em grupo especificamente com a intenção de compreender as histórias de vida das mulheres participantes, assim como sua trajetória de cuidado. Os três encontros foram gravados e transcritos a partir do consentimento das participantes. Para compreensão mais aprofundada desses aspectos, também foram realizadas entrevistas narrativas individuais, com os mesmos objetivos. Seis usuárias demonstraram interesse e disponibilidade em participar das entrevistas, mas dificuldades financeiras e familiares inviabilizaram a participação de três delas. As entrevistas também foram gravadas e transcritas.

Segundo Muylaert et al. (2014), a entrevista narrativa é um instrumento de coleta não-estruturado que visa contribuir para a construção aprofundada de uma realidade através do relato. Além de possibilitar conhecimento dos aspectos objetivos da história vivida, esse método possibilita também o acesso aos sentidos que as mulheres atribuem a cada experiência e às ressignificações que elaboram ao longo do processo de narração. Além disso, a livre narração também visava entender como se deu o encontro e a relação com o serviço.

Segundo Queiroz e Prado (2018), a produção de discurso sobre si mesmas se mostra "essencial para qualquer produção de conhecimento que se queira crítica ao padrão hegemônico de ciência" (p. 230). Nesse sentido, o relato autobiográfico, especialmente no caso dessas

mulheres, é essencial para elucidarmos processos históricos silenciados pelas narrativas institucionais. A escolha por incorporar as entrevistas ao percurso de observação e coleta responde à necessidade de romper com o silêncio que historicamente as acompanha e ouvir sobre suas trajetórias e necessidades, ampliando possibilidades interpretativas deste estudo. Por este motivo, optamos pelas entrevistas mesmo com as dificuldades burocráticas e circunstanciais. Para incentivá-las a narrarem suas experiências, os encontros se iniciaram com perguntas disparadoras como, por exemplo: “Você pode me contar um pouco da sua história até a busca por cuidado no CAPS?”.

Nessa segunda etapa, o *corpus* analítico foi constituído, conjuntamente, pelo material transcrito dos três encontros em grupo e pelo material transcrito das três entrevistas narrativas, ambos conduzidos para compreensão das histórias de vida e trajetórias de cuidado e iniciados pela mesma provocação disparadora. Esse material foi submetido à Análise Temática Reflexiva (ATR) (Braun & Clarke, 2006), entendida como um processo no qual os resultados não simplesmente emergem dos dados, mas são construídos a partir do exercício reflexivo e interpretativo da pesquisadora diante do referencial escolhido e do contexto em que os dados se apresentam (Braun & Clarke, 2019). Por suas características, a ATR possibilita o trabalho analítico sensível e praticamente criativo de construção e reconstrução de temas dentro de nosso contexto e referencial teórico - contextualização fundamental para uma investigação qualitativa. Para tanto, algumas fases foram seguidas, conforme preconizado pelas autoras: a) Familiarização com o corpus, b) Produção de códigos iniciais, c) Construção de temas, d) Revisão dos temas, e) Definição e nomeação dos temas, f) Escrita de relatório.

### **4.3. Considerações Éticas**

Este estudo empírico teve início a partir de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UnB (Parecer nº 7.265.554) e do Comitê de Ética

da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF (Parecer nº 7.469.630), conforme Resolução nº 510/16. Além disso, a entrada no campo só aconteceu mediante aceite institucional, e a coleta, mediante aceite e interesse das participantes. Como medida de cuidado à integridade das participantes e à rotina do serviço, todas as etapas da pesquisa foram devidamente pactuadas com trabalhadoras e gestores deste, assim como local e horário das visitas.

Para minimizar riscos e garantir o suporte necessário, foram tomados todos os cuidados éticos preconizados pelas resoluções vigentes; e adicionalmente, foi estabelecido como critério para participar das entrevistas estar em acompanhamento regular no serviço, com frequência ativa no grupo de mulheres ou outra atividade semanal percebida como referência. O serviço também acompanhou os momentos de convivência e o processo de agendamento das entrevistas, de forma a garantir, juntamente com a pesquisadora, que todas as participantes estavam em condições de saúde adequadas para participar e que teriam acolhimento e a retaguarda adequada caso necessário. Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente do serviço e gravadas a partir do aceite das participantes. A pesquisadora também esteve disponível em período posterior às entrevistas para prestar acolhimento ou esclarecimento quando necessários.

Conforme discutido com as participantes e trabalhadoras, espera-se que este trabalho forneça pistas e subsídios para a construção de ações e atividades que dialoguem com o cotidiano e com as demandas apreendidas. Dessa forma, pretende-se realizar uma devolutiva dos achados pertinentes ao CAPS, inicialmente com a equipe de trabalhadores do serviço, com a intenção de que sejam pensadas ações direcionadas, *a priori*, ao aprimoramento da assistência prestada às mulheres usuárias e suas famílias. Espera-se também que os resultados deste trabalho impulsionem outras investigações acadêmicas, reverberando no desenvolvimento de

produtos técnico-científicos, espaços de educação permanente e estratégias de apoio aos trabalhadores da RAPS.

#### **4.4. Resultados e Discussão**

Esta seção apresenta os resultados obtidos nas duas etapas da pesquisa, em subseções. Na primeira - seção 4.4.1 -, o material proveniente da análise dos prontuários das participantes foi submetido ao enfoque estatístico descritivo e discutido a partir do referencial teórico deste trabalho. Na segunda - seção 4.4.2 -, são apresentados os resultados qualitativos oriundos do material dos grupos e entrevistas individuais, interpretados à luz da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006) e expostos em temas/subtemas. Para evitar o negligenciamento de suas singularidades e possibilitar ao leitor maior aproximação com as participantes entrevistadas individualmente, suas histórias de vida serão apresentadas de forma breve e resumida.

##### **4.4.1. Etapa 1 - Estudo Documental**

###### ***Quem são as mulheres acompanhadas pelo CAPS Álcool e Drogas?***

No primeiro semestre de 2025, aproximadamente 655 pessoas foram acolhidas para iniciar acompanhamento no serviço, sendo que 18% foram mulheres, totalizando 118. Desse grupo, a maior parte das mulheres foram identificadas como negras (81%), incluindo pardas (74%) e pretas (6%), conforme Tabela 3. As mulheres brancas representaram 10%. Em 9% dos prontuários não houve informação registrada sobre raça/cor.

**Tabela 3***Distribuição das mulheres acolhidas por raça/cor – 1º semestre de 2025*

| <b>Perfil das mulheres acolhidas por raça/cor</b> | <b>%</b> |
|---|----------|
| Branca  | 10       |
| Parda   | 74       |
| Preta   | 6        |
| Amarela   | -        |
| Indígena  | -        |
| Sem informação                                    | 10       |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

De acordo com a Tabela 4, a faixa etária das usuárias acolhidas varia dos 16 aos 75 anos, sendo mais expressivos os grupos que possuem entre 40 e 49 anos (29,7%) e 20 e 29 anos (27,1%). As mulheres com menos de 20 anos representam 7,6% da amostra, enquanto as com 50 anos ou mais correspondem a 11%. Isso indica uma prevalência de mulheres adultas e jovens-adultas, com presença de diversidade de faixa etária.

**Tabela 4***Distribuição das mulheres acolhidas por faixa etária – 1º semestre de 2025.*

| <b>Perfil das mulheres acolhidas por faixa etária</b> | <b>%</b> |
|---|----------|
| 16 a 20 anos  | 7,6      |
| 21 a 29 anos  | 27,1     |
| 30 a 39 anos  | 24,6     |
| 40 a 49 anos  | 29,7     |
| 50 a 59 anos  | 6,8      |
| 60 a 69 anos  | 3,4      |
| 70 a 75 anos  | 0,8      |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

Em relação ao perfil educacional, a Tabela 5 ilustra que a maioria (67%) possui escolaridade até o ensino básico - incluindo ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto. Um grupo pequeno (12,6%) possui escolaridade acima do ensino médio, abrangendo ensino superior completo e incompleto, e uma única mulher que possui pós-graduação. Uma mulher é analfabeta e 20,3% dos prontuários não possuem informação sobre a escolaridade disponível.

**Tabela 5**

*Distribuição das mulheres acolhidas por faixa etária por escolaridade – 1º semestre de 2025.*

| <b>Perfil das mulheres acolhidas por grau de escolaridade</b> | <b>%</b> |
|---|----------|
| Analfabeta  | 0,8      |
| Ensino Fundamental (Completo ou Incompleto)                   | 32,2     |
| Ensino Médio (Completo ou Incompleto)                         | 34       |
| Ensino Superior (Completo ou Incompleto)                      | 11,8     |
| Pós-Graduação (Completo ou Incompleto)                        | 0,8      |
| Sem Informação  | 20,3     |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

A maior parte das participantes encontrava-se desempregada no momento da coleta (42% do grupo), e entre as profissões identificadas, destacam-se algumas tradicionalmente associadas ao trabalho doméstico e aos cuidados de terceiros: diaristas (7,6%), cozinheiras (6,8%), cabeleireiras (5,9%) e manicures (4,2%). Além disso, 4,2% são estudantes e outras 4,2% estão aposentadas. Outras ocupações menos frequentes incluem vigilante, professora, comerciante, cuidadora de crianças e idosos, motorista e profissionais administrativas, mostrando uma pequena diversidade, embora em menor escala. Importante notar que há um número considerável de registros em branco ou com informações incompletas, o que dificulta a análise detalhada do perfil laboral. Ainda nessa temática, de acordo com a Tabela 6, 31,4%

das mulheres recebem algum benefício de programas de transferência de renda, enquanto 37,3% não recebem esse tipo de auxílio. Em 31,4% dos prontuários, não há informação. Do universo analisado, 4% das mulheres estão em situação de rua e 68% não estão, enquanto 28% dos prontuários não possuem essa informação.

**Tabela 6**

*Distribuição das mulheres acolhidas por participação em programa social – 1º semestre de 2025.*

| <b>Perfil das mulheres acolhidas sobre participação em programa social</b> | <b>%</b> |
|--|----------|
| São beneficiárias de programas sociais                                     | 31,4     |
| Não são beneficiárias de programas sociais                                 | 37,3     |
| Sem informação   | 31,4     |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

Em relação ao status civil - ver Tabela 7 -, a maioria está solteira (51%). Em seguida, 19% das mulheres são casadas, e 9%, em união estável. Outros estados civis incluem divorciadas (7%) e viúvas (1%). Em 13% dos prontuários, essa informação não foi registrada.

**Tabela 7**

*Distribuição das mulheres acolhidas por status civil – 1º semestre de 2025.*

| <b>Perfil das mulheres acolhidas por status civil</b> | <b>%</b> |
|---|----------|
| Solteira  | 51       |
| Casada  | 19       |
| União Estável   | 9        |
| Divorciada  | 7        |
| Viúva   | 1        |
| Sem informação  | 13       |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

Apenas 27% das mulheres não possuem filhos, enquanto 73% são mães - conforme Tabela 8. A análise da quantidade de filhos entre as 118 mulheres da amostra evidenciou uma distribuição diversificada: 29% têm entre 1 e 2 filhos, configurando um grupo bem representativo da amostra. Um grupo semelhante, também com 27%, apresenta entre 3 e 4 filhos, indicando uma parcela significativa com família numerosa. Destacam-se ainda casos particulares com números elevados de filhos, incluindo mulheres com 5 ou mais filhos, que correspondem a 8,5% da amostra. Por fim, em 8,5% dos prontuários, não há registro dessa informação.

### **Tabela 8**

*Distribuição das mulheres acolhidas por quantidade de filhos – 1º semestre de 2025.*

| <b>Perfil das mulheres por quantidade de filhos</b> | <b>%</b> |
|---|----------|
| Possui 1 ou 2 filhos                                | 29       |
| Possui 3 ou 4 filhos                                | 27       |
| Possui 5 ou mais filhos                             | 8,5      |
| Não possui filhos                                   | 27       |
| Sem informação                                      | 8,5      |

Fonte: elaboração própria partir de dados do serviço

Ressalta-se, de antemão, que esse conjunto de dados não significa que outros grupos não consomem drogas de forma significativa ou não buscam acompanhamento, mas permite que sejam feitas importantes indagações, a começar pela constatação da disparidade entre homens e mulheres que acessam o serviço. Mesmo não sendo possível afirmar, seria razoável conjecturar de antemão que essa configuração - em que 82% do público é masculino -

representa, por si só, um obstáculo para o acesso e oferta de cuidado às mulheres no CAPSad? Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2024 (UNODC, 2024), apenas uma em cada 18 mulheres que tiveram prejuízos decorrentes do uso de drogas receberam tratamento, enquanto para os homens, a proporção foi de um a cada sete homens. A presença pouco expressiva desse grupo em serviços especializados também é evidenciada por diversos estudos, que apontam que, apesar de serem o público majoritário na maioria dos serviços de saúde, quando as demandas são decorrentes do uso de álcool ou drogas, mulheres apresentam maiores dificuldades em buscar e acessar esse acompanhamento. Relembramos que, historicamente, o estigma atribuído às mulheres que usam drogas é desproporcionalmente maior do que o atribuído aos homens, sendo que elas são duplamente culpabilizadas, especialmente devido aos ataques de cunho moral, machista e sexista (Barros et al., 2019; Silva, 2013).

Além do público majoritariamente masculino, a literatura aponta que esse estigma as afasta dos serviços de saúde, levando ao ocultamento da situação: "Envergonhadas, culpadas e solitárias, elas buscam ajuda como se não tivessem o direito a fazê-los" (Brasiliano, 2003, p. 202). Ainda, outras barreiras de acesso diversas são identificadas, como, por exemplo: sentimento de culpa pela obrigação de cuidado de filhos e terceiros, dificuldades financeiras, acessibilidade geográfica do serviço, constrangimento familiar, desaprovação e falta de apoio social (Silva, 2013; Rasch et al., 2015; Bolzan, 2015; Albuquerque & Nóbrega, 2016). Refletir sobre essa disparidade e investigar que obstáculos estão presentes é o primeiro passo para garantir o acesso das mulheres ao cuidado. Além disso, conhecê-las é fundamental para apreendermos suas particularidades e como estas dialogam e expressam com o cenário sócio-histórico do nosso país.

O predomínio de mulheres jovens, negras, solteiras, com baixo grau de escolaridade e em situação de desemprego se assemelha ao perfil encontrado em outras investigações sobre o público (Tassinari et al., 2018; Rasch et al., 2015; Medeiros et al., 2018; Carvalho et al., 2019).

Essas características, somadas ao fato de serem mães - e muitas vezes as únicas responsáveis pelo cuidado dos filhos - são apontadas como aspectos que podem impactar significativamente suas condições de vida, podendo trazer representações de barreiras para o acesso aos estudos e ao mercado de trabalho, além de intensificarem vulnerabilidades sociais diversas. De forma geral, percebe-se que essas mulheres ingressam no sistema de ensino, mas não concluem os estudos. A baixa qualificação, associada à falta de políticas públicas de reparação, pode resultar na dificuldade de inserção no mercado laboral formal e ter relação com o predomínio do desemprego e de atividades profissionais precarizadas e tradicionalmente mal remuneradas - não coincidentemente, mais associadas às mulheres. Além disso, uma porcentagem significativa de usuárias não acessa nenhum programa de transferência de renda, o que poderia ser um importante recurso para estas mulheres e suas famílias. De acordo com a literatura da área, as ocupações ligadas ao trabalho doméstico e de cuidado - como faxineira, cuidadora, cozinheira, diarista - não apenas representam ocupações menos valorizadas socialmente como também são atividades que acontecem na informalidade, "sem prerrogativas previdenciárias, como férias e 13º salário" (Azevedo & Gomes, 2023, p. 4). Nesse cenário, de condições inadequadas de trabalho e instabilidade financeira, o uso de drogas pode exercer uma importante função de enfrentamento (Tassinari et al., 2018), mesmo que isso posicione esses corpos em um lugar social ainda mais vulnerável à vigilância e ao controle estatal. Portanto, retomar essas particularidades e como elas expressam um cenário mais amplo de precarização da vida é essencial.

O fato de uma minoria estar em um relacionamento amoroso (apenas 28%) também encontra eco em outras publicações de área. Sabe-se que o início do consumo de substâncias por mulheres se dá, frequentemente, por incentivo de familiares, e especialmente, de seus companheiros (Coelho & Mota, 2019; Brasiliano, 2005; Nascimento, 2011). No entanto, esses familiares e companheiros raramente acompanham as mulheres na busca por cuidado, de forma

que há uma desresponsabilização pelo cuidado por parte dos homens, que quando buscam tratamento, em geral, chegam ao serviço apoiados por uma parceira, filhos ou outros familiares, enquanto mulheres raramente apresentam essa rede de apoio presente (Gomes, 2010; Nobrega & Oliveira, 2005; Silva & Lyra, 2015). Isso nos possibilita indagar sobre a dinâmica familiar dessas mulheres: com quem se relacionam? Com quem dividem as tarefas do cotidiano? Esses e outros aspectos devem ser analisados com profundidade, visto que é no âmbito das relações sociais que se dá o sofrimento e, por conseguinte, o cuidado (ou falta dele).

Em suma, todos os dados extraídos indicam a predominância de mulheres de estratos mais pauperizados da classe trabalhadora - que não à toa são negras. Estes dados não podem ser entendidos como meras variáveis, mas dizem da concretude de tais mulheres e suas singularidades, ao mesmo tempo em que denunciam algo não de caráter individual-privativo, produzido num vácuo sócio-histórico, mas expressões das particularidades que constituem e conformam nossa sociabilidade. Destaca-se que esse cenário de vulnerabilidade vivido pelo conjunto dessas mulheres pode configurar, por si só, determinante do sofrimento. Além disso, expressa um amplo projeto societário que, ao cercear as possibilidades de educação, profissionalização e produção humanizada de vida, gera compulsoriamente suas mazelas e dependências. Para pensar o cuidado dessas mulheres será necessário, portanto, dissecar suas trajetórias e particularidades, entendendo-as como constitutivas de nossa realidade.

#### **4.4.2. Etapa 2 – Inserção no Campo**

Os resultados e análises apresentados a seguir derivam da análise temática do conjunto de dados em diálogo com o referencial teórico que orienta esta dissertação. A partir do processo analítico, foram identificados os principais sentidos e significados emergentes dos encontros em grupo e das entrevistas, organizados em três grandes temas - e divididos em subtemas -

sintetizados na tabela 9. Nesta seção, exploram-se os elementos centrais que atravessam as narrativas das participantes, em um exercício interpretativo, interativo e reflexivo.

Cabe destacar que os temas não são excludentes entre si nem pretendem representar a totalidade do material. Como propõem Braun e Clarke (2006) a análise temática reflexiva não exige que estes sejam definidos por frequência de ocorrência, mas pela relevância analítica e pelos sentidos produzidos no processo interpretativo e crítico das pesquisadoras, sustentado pelo referencial teórico. Nesse rumo, e para evitar identificação das participantes, optou-se por fazer a exposição de suas falas de forma anônima e conjunta, sem demarcação das participantes. Antes da exposição e discussão dos temas e subtemas, as três participantes das entrevistas serão apresentadas brevemente. Os nomes Nise, Carolina e Ivone são fictícios e foram escolhidos para preservar a identidade das participantes. Ao mesmo tempo, constituem uma homenagem a importantes mulheres brasileiras que marcaram o campo da cultura, da saúde mental e da luta antimanicomial. Essa escolha reafirma nosso posicionamento ético-político e nossa admiração por essas e tantas outras mulheres, além de sustentar a compreensão de que as histórias aqui investigadas não são individuais ou isoladas, mas atravessam e dizem respeito à coletividade.

#### **4.4.2.1. Apresentação das participantes**

##### **Nise (46a)**

Nise é uma mulher parda e possui 46 anos. É divorciada e tem 3 filhos, mas mora sozinha. Desacreditada pela família após episódio de violência sexual na infância, cresceu com dificuldade de confiar em seus pais e, desde cedo, buscou apoio no álcool para lidar com o desamparo e tédio. Estudou, formou-se em pedagogia e foi feliz na docência. Os conflitos começaram a se agravar. Foi diagnosticada com Depressão, Transtorno de Personalidade Borderline e morou muito tempo com a irmã, com quem viveu, tempos difíceis. Dependendo financeiramente desta, sofreu violência psicológica e humilhações diversas, até se casar e

encontrar no relacionamento um refúgio. Foi uma jovem feliz, alegre, livre. Trabalhou muito tempo. Mas após a morte do pai (única pessoa que a protegia), nunca mais foi a mesma. Com a perda recente da mãe, conheceu o luto mais uma vez, ao passo que relembra de como foi negligenciada em toda sua vida. Após anos felizes com o companheiro, descobriu um lado novo da relação, em um período difícil de sua vida familiar. O lugar de paixão transformou-se em lugar de abuso, violência, ciúmes, ameaça. O ex-companheiro passou a agredir também a filha mais velha, que logo foi viver com a tia. Na perda da guarda da primeira filha, Nise intensificou seu uso de álcool e cigarro, acompanhada do companheiro e agressor das duas. Passava períodos em um hotel para poder ficar com seus filhos, longe do marido. Ali, era forte e feliz. Passou a usar cocaína para ter energia para o filho mais novo. Não queria perdê-lo, e isso poderia acontecer a qualquer momento. Forçada pelo companheiro a se aposentar e buscar tratamento, passou um período internada em uma clínica psiquiátrica, mesmo sem querer. Foram mais sete internações. Mas o uso intenso de álcool, agora junto de várias medicações, permaneceu. Perdeu os dois filhos mais novos. Frequentou uma instituição de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica, mas nunca conseguiu fazer uma denúncia. Após o divórcio, já aposentada, íntima do álcool, sem a guarda dos filhos e longe dos familiares, conheceu a mais profunda solidão, sua maior inimiga. Aposentada e obrigada a pagar pensão ao filho mais novo, Nise deixou de ter condições de pagar as contas sozinha e mudou-se para um lugar pequeno onde mora até hoje, sozinha. A única pessoa que vê durante a semana é uma faxineira, a quem chama de família. Hoje, relata que sente falta do relacionamento abusivo que viveu, pois quando ele foi embora, tirou tudo que ela tinha. Escreve todos os dias em um caderno que vai deixar para seus filhos, na esperança de que a conheçam por uma outra perspectiva. Mesmo com todas as dificuldades familiares, sempre se esforçou para recuperar a confiança e admiração dos irmãos e filhos, mas sem sucesso. Deseja todos os dias voltar no tempo e não ter conhecido o ex-

marido, que foi quando tudo desandou. Buscou o CAPS após perder o plano de saúde e condições financeiras para consultas e medicamentos.

Desacreditada pelos filhos, estigmatizada pela família, Nise agora enfrenta, sozinha, uma batalha judicial para reverter sua aposentadoria e conseguir pensar nos próximos passos. Seus principais desejos são voltar a ter condições financeiras para se reerguer, recuperar a guarda de seu filho mais novo e sentir-se importante para alguém, sentir-se útil, sentir-se viva.

### **Carolina (54a)**

Carolina é uma mulher parda e possui 54 anos e mora com o esposo e a filha. Teve a vida marcada por ausências importantes. Não conheceu a mãe e perdeu o pai muito cedo, perdas que levaram aos primeiros episódios de sofrimento intenso e à primeira tentativa de suicídio. Passou a viver separada também dos irmãos - que foram viver em casas diferentes, com apoio de outras famílias. Viveu difíceis condições financeiras sob o cuidado de tios e, ainda criança, foi vítima de violência sexual. O ofensor, um de seus primos, mantém contato com a família - de quem Carolina se afastou. Viveu vários episódios de agressão física até conseguir sair de casa para ser independente, aos 18 anos. Recebeu diagnósticos de depressão, ansiedade e síndrome do pânico. Apesar disso, Carolina e os irmãos, seguraram a barra um do outro da forma que conseguiram.

Mais velha, desenvolveu a fibromialgia, quando começou a beber mais do que o normal. Conheceu seu companheiro na cidade e, após 5 anos juntos, engravidou. Já no DF, decidiram que deixaria de trabalhar para ficar em casa, cuidando da filha e do lar. Largou a vida profissional motivada também pela intensificação das dores, mas, para se sentir-se útil em casa, inventou de tudo: fez artesanato, toalhas, bijuterias, bombons. Apesar do histórico de traição e brigas, sente-se apoiada pelo companheiro, um de seus poucos amigos. Quando brigam, a crise é certa. Passa seus dias todos em casa e, quando o dinheiro está apertado, substitui a caipirinha

do dia a dia por pinga. Conheceu no álcool um lugar de cuidado. Onde podia descansar, rir e, principalmente, sentir menos dor. Costuma colocar uma música para arrumar a casa, e ali tem seu maior momento de conforto. A relação com a filha é seu maior orgulho. Juntou tudo que tinha para apoiá-la financeiramente. Vê-la crescer, trabalhar e casar-se é sua maior realização. Apesar de ser a única responsável pelas tarefas domésticas, sente-se bem em casa pois suas companhias preferidas são seus animais de estimação. A perda de um deles recentemente foi motivo de sua última crise e tentativa de suicídio. Devido às dores da fibromialgia e ao sofrimento, têm dificuldade de sair de casa e cultivar amizades, mas é conhecida no condomínio por ser uma excelente cozinheira nos finais de semana. Mas só faz o almoço, a sobremesa ela não gosta de fazer. Apesar de nunca fazer planos para o futuro, teme a saída da filha de casa – que está próxima – e a morte de seus companheiros de quatro patas. As perdas ainda a assustam, mas vive um dia de cada vez. Buscou apoio no CAPS em duas tentativas. Na primeira visita, vendo-se cercada de homens, achou o lugar esquisito, perigoso. Não viu sentido, mas resolveu dar outra chance. Dessa vez, conheceu um pequeno grupo construído por mulheres e para mulheres, onde encontrou um recurso inédito: a coletividade.

#### **Ivone (54a)**

Ivone é uma mulher negra que nasceu no Nordeste e veio para Brasília ainda muito jovem. Deixada para trás pelos pais, que não tiveram condições de criá-la, foi criada pelos avós até a adolescência. Quando um dos tios decidiu se mudar para o Distrito Federal, ela o acompanhou - sem ter para onde ir e apegada à única figura familiar que conhecia. Queria explorar o mundo. E desde cedo, tinha duas certezas: não queria se casar e não queria ter filhos - especialmente filhas, por medo de que passassem pelo que ela passou. Mas a vida seguiu outro rumo. Estudou até a quinta série e logo passou a trabalhar com o tio em serviços de pedreiro para ajudar no sustento dos dois. A relação de afeto virou dependência, e sem outras referências

e opções, aceitou viver como sua companheira. Aos 16 anos, engravidou dele pela primeira vez. Desde então, sua história se tornou uma sequência de perdas, lutas e resistências. Teve dez filhos – dois morreram ainda recém-nascidos. E há seis anos enfrentou a perda mais devastadora: seu filho de 20 anos suicidou-se. Desde então, vive muito deprimida, com muita vontade de morrer. Sua trajetória é marcada por sobrecarga constante, afinal, criou os filhos praticamente sozinha, nos intervalos entre uma obra e outra. Viveu com pouco ou nenhum apoio do Estado durante as gestações e criação dos filhos. Após separação, passou a ser ameaçada: ele dizia que, sem estudo, sem profissão e sem ele, ela perderia os filhos. Tentaram usar o Conselho Tutelar contra ela. Mas Ivone sempre encontrou força na comunidade e nunca deixou que seus filhos fossem afastados. Morou 14 anos com os filhos em um barraco e nunca realizou o sonho da casa própria. Para suportar o peso da lida diária nas obras, começou a beber e fumar, sempre acompanhada e incentivada por outros homens, colegas de bico. Sua aparência e seu trabalho viraram motivo de julgamento. Alguns colegas chegaram a impedir que ela mantivesse amizade suas mulheres, julgando-a homossexual. Ainda assim, resistiu - pela força da necessidade e pelo amor aos filhos.

Aos 54 anos, segue trabalhando na construção civil, administra os benefícios dos filhos e vive com o mínimo. Participa das atividades do CAPS, para onde foi inicialmente como acompanhante de um dos filhos. Lá, encontrou um espaço onde conseguiu, pela primeira vez, pensar um pouco sobre si mesma. Incentivada por uma trabalhadora, que conhece a sua quebrada, recorre ao CAPS sempre que a rotina permite. Depois de uma vida marcada por perdas e resistência, relata que sua nova missão é apoiar um jovem que ajudou seu filho quando ele esteve preso. Quer retribuir o cuidado, dar abrigo, dar direção. Quando ele for solto, vai ensiná-lo sobre a palavra de Deus e sobre a vida, como queria que tivessem feito com ela. Também quer estar presente para seus sete filhos vivos e netos que estão por nascer. Mesmo em

meio à dor, ao luto e à exaustão, Ivone continua encontrando-se no cuidado do outro, conseguindo fazer, a todo instante, diferença na vida de alguém.

#### 4.4.2.2. Apresentação dos Temas e Subtemas

Na Tabela 9, apresentamos os temas e subtemas extraídos do processo de análise do material.

**Tabela 9**

*Temas e subtemas*

| TEMAS  | SUBTEMAS   |
|--|--|
| 1- Desproteção e Contradições: o continuum de interrupções na história de vida | Rupturas e violência nas trajetórias amorosas e familiares<br>Ausência seletiva do Estado e projeto de precariedade<br>Autogestão, Deus, e criatividade diante da precariedade<br>O projeto de mulher-mãe-esposa<br>Sentido e lugar das drogas |
| 2- Entre sintoma e denúncia: concepções sobre saúde mental e sofrimento        | Medicalização da vida como ferramenta manicomial-patriarcal<br>O descompasso com as necessidades concretas   |
| 3- Enfrentamentos e caminhos para a atenção psicossocial                       | A potência da coletividade (feminina) para a auto-organização<br>Ausências ativas e horizontes para a integralidade  |

Fonte: elaborado pela autora

#### **Tema 1 - Desproteção e Contradições: o continuum de interrupções na história de vida.**

Esse tema é composto por indicadores que evidenciam um continuum de interrupções que atravessa as histórias de vida das participantes. Embora singulares, suas trajetórias revelam experiências compartilhadas de desproteção precoce, rupturas afetivas e contradições no modo como o tecido social - especialmente por meio da família e do Estado - se faz presente em suas vidas. Nesse percurso, a instabilidade das relações familiares, a ausência seletiva do Estado enquanto agente garantidor de direitos e a necessidade de autogestão cotidiana conformam

cenários complexos de sobrevivência, os quais serão discutidos de forma sintética em três subtemas.

O subtema “*Rupturas e violência nas trajetórias amorosas e familiares*” evidencia um cenário de ausências e perdas precoces, especialmente das figuras de cuidado, além da convivência com relações familiares e conjugais violentas. Falas como “*Eu fui criada sem pai e sem mãe*” e “*Como não conheci minha mãe, é uma coisa que me faz sofrer muito... acho que eu sofri muito quando ela morreu*” ilustram como sua subjetivação se deu em meio a vínculos instáveis ou rompidos já no início da vida, o que produziu processos intensos de sofrimento e exigiu uma reorganização precoce dos papéis familiares.

Para além das rupturas, as narrativas revelam a presença recorrente da violência intrafamiliar - física, emocional e, sobretudo, sexual. Os relatos: “*Fui abusada quando tinha 9 anos*” e “*Meu tio também abusava da minha irmã mais velha*” expressam como a violência sexual é naturalizada dentro do núcleo familiar, produzindo marcas profundas. As contradições tornam-se ainda mais agudas quando é a figura designada para o cuidado que perpetra a violência - o que gera sentimentos de confusão e desconfiança em toda a trajetória das mulheres. Ademais, há o reconhecimento de que o processo de adultização precoce fez com que elas, irmãos e primos ocupassem papéis complexos para os quais não haviam sido preparados - especialmente de cuidado de outros familiares ou de apoio nas tarefas domésticas. Emerge, assim, um paradoxo: embora frequentemente insuficiente ou inadequada, a rede familiar constituiu simultaneamente espaço de violência e cuidado para as usuárias; e nesse âmbito, destaca-se a centralidade de outras mulheres na reorganização desses papéis. São avós, mães, filhas, irmãs, primas, netas que organizam inicialmente o cuidado - embora com apoio frequente de irmãos ou primos. Esse paradoxo é discutido por Passos (2011) que questiona a permanência dos “maternalismos” no bojo da reforma psiquiátrica. Ao passo que se propõe um deslocamento dos sujeitos em sofrimento em direção à autonomia, as mulheres permanecem - com pouca

autonomia para decidir - destinadas a sustentar esse cuidado nas relações primárias. Essa reflexão torna-se ainda mais complexa quando são as próprias mulheres que adoecem, pois elas permanecem, mesmo adoecidas, exercendo o cuidado de si mesmas e de outras mulheres.

Nessa esteira de rearranjos familiares, o relacionamento amoroso surge, por vezes, como alternativa de escape. Uma das interlocutoras relata que entre 13-14 anos, aceitou estabelecer uma relação conjugal com o tio em troca da possibilidade de ir com ele para outra cidade e estudar; e apesar de se reconhecer a complexidade dessa relação, que antes tinha natureza paterna, não se nomeia o cenário como uma violência, em um retrato da naturalização das violações intrafamiliares – mesmo quando configuram graves condutas criminosas<sup>2</sup>. Mesmo aparecendo como uma saída para a instabilidade familiar, fragmentos revelam que o casamento foi cenário frequente de abuso e violências diversas nas trajetórias, que se intensificaram quanto mais as mulheres permaneciam em casa e dependentes do companheiro, sem outros recursos afetivos. Ainda assim, os conflitos são referidos como parte da convivência, e só passam a ser nomeados como violência quando chegam a níveis mais elevados de intensidade e frequência, geralmente quando chegam à agressão física.

Nota-se que, ainda que sejam feitas transformações na dinâmica familiar, as rupturas e violências ainda reverberam, configurando importantes determinações do sofrimento. Esses cenários reforçam a necessidade de compreensão das trajetórias numa lente contextual, estrutural e cultural que define as perspectivas que conformam suas histórias. Como mostra a etapa 1 desta pesquisa, 58% das mulheres acolhidas no CAPS AD são solteiras ou divorciadas e 73% são mães. Isso pode sugerir que, após adoecimento ou intensificação do sofrimento, muitas são deixadas por seus parceiros, inclusive no exercício de cuidado dos filhos. Essa imposição (e solidão no exercício) do cuidado tem impactos profundos nas possibilidades de

---

<sup>2</sup> Estupro de Vulnerável (Art. 217-A): Manter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos é crime de estupro de vulnerável, independente de consentimento, experiência sexual anterior ou consentimento dos responsáveis.

inserção no mundo do trabalho, por exemplo, dificultando que as mulheres conquistem maior autonomia financeira. A literatura demonstra que as mulheres tendem a iniciar o uso de drogas na adolescência, muitas vezes no convívio familiar e, comumente, por influência de homens; e intensificam esse uso a partir da exposição ao estresse familiar ou violência (Silva, 2013; Barros et al., 2019; Nascimento, 2011). Isso reforça que tais trajetórias não podem ser compreendidas fora do contexto que as produz, sendo essencial recorrer à compreensão de suas histórias para entender o sofrimento e os sentidos atribuídos ao uso de substâncias, que se intensifica, frequentemente, após momentos de estresse. Percebe-se como as violências e iniquidades são atravessadas pelas particularidades de gênero, classe e raça - de forma que nos cenários de maior precariedade, as ausências se fizeram mais presente e, por vezes, mais naturalizadas. Ainda, a incidência de violência doméstica e intrafamiliar nas histórias de vida expressa como a realidade brasileira têm colocado corpos femininos - especialmente negros - como objetos de dominação e exploração (Brambilla, 2021) desde a infância, especialmente dentro de casa. Segundo Antorhn et al. (2024), é comum que as violências sejam perpetradas por pessoas próximas e os episódios são identificados desde muito cedo. Além disso, apenas 32,3% do grupo pesquisado pelos autores afirmou nunca ter vivenciado episódios de violência.

Ao confrontarem as expectativas familiares e sociais, as usuárias se tornam alvo de agressões em suas mais diversas formas, e dispõem de pouco suporte familiar e social para enfrentá-las. Isso reforça a grande incidência de violência nas trajetórias de mulheres que usam drogas, e denuncia a urgência de se pensar a articulação entre a atenção psicossocial e as políticas de proteção. No entanto, dispositivos jurídicos especializados na temática - como Delegacias, Juizados e Promotorias - não são uma realidade em todo o país, e frequentemente, reproduzem a lógica patriarcal, reproduzindo e minimizando as violências sofridas (Brambilla, 2021).

Em diálogo com o cenário supracitado, o subtema “*Ausência seletiva do Estado e projeto de precariedade*” reúne reflexões sobre como, diante de necessidades múltiplas, as usuárias esbarram na escassez ou inexistência de espaços protetivos oferecidos pelo Estado, apesar de apontarem a importância das políticas sociais em suas trajetórias. Considerando o contexto geral de vida apresentado, políticas públicas se tornam fundamentais na garantia de direitos - moradia, educação, lazer, saúde mental, segurança - e na mitigação dos efeitos das desigualdades e das violações de direitos. Contudo, o que se percebe é que essas políticas públicas não têm sido suficientes ou eficazes, de forma que presença estatal é fragmentada, seletiva e, frequentemente, punitiva.

Em busca de melhores condições de vida, participantes optam pela mudança de cidade para criar os filhos, mas sem grande apoio do Estado, se deparam com um cenário permanente de escassez e de condições inadequadas, como ilustra o trecho: “*Morei 14 anos nesse barraco com eles todos. Na esperança de receber um lote, uma casa, um apartamento. Já fui contemplada quatro vezes e até agora nada*”. Relatos sobre o papel da escola como facilitador do acesso à alimentação digna e como um potencial transformador de condições de vida demonstram a importância de ter tido acesso a essa política pública básica - mesmo que de forma limitada. Ao mesmo tempo, relatos de idas frequentes à delegacia e outros dispositivos da justiça indicam que atores como a polícia e conselheiros tutelares são frequentemente presentes - não como recursos de proteção, mas sim como instrumento de vigilância e responsabilização das mães. Esse cenário se articula com as reflexões de Brambilla (2021), segundo a qual, “na ausência de política sociais, o que resta às mulheres é a polícia” (p. 38). O que se percebe é que, mesmo nos momentos de maior vazio assistencial por parte do Estado, ele não falha em se fazer presente a partir de seu braço punitivo. Ainda, se retomarmos que o território em questão possui maior contingente populacional composto por pessoas negras - assim como a maior parte das usuárias -, é possível argumentar que essa desassistência

configura expressão do racismo, em diálogo com Bento (2022) quando esta diz que "o racismo institucional se manifesta quando se nega, retarda ou inviabiliza o acesso da população negra a direitos básicos e a lugares de reconhecimento e pertencimento" (p. 65).

Ainda no âmbito dessa atuação punitiva, relatos de ameaça ou efetiva retirada de crianças do lar compõem os indicadores desse subtema, mesmo que intervenções dessa natureza constituam uma medida excepcional e provisória. Em diálogo com Engel (2004) e Silva (2021), recorda-se que ao longo de toda a história, mulheres que usam drogas foram associadas à imagem de irresponsáveis, imorais e transgressoras. Essa representação social faz com que, até hoje, as mulheres sejam desacreditadas em suas capacidades e tenham suas decisões designadas ao controle do Estado. Nesse quadro, é possível refletir especialmente sobre a negação da maternidade de mulheres negras (Passos, 2021) - processo oriundo do racismo e das desigualdades estruturais dessa sociabilidade. Apesar de serem mulheres, e, portanto, convocadas historicamente ao cuidado e à serviência, o projeto de desumanização e inferiorização dos corpos negros - discutido por autores como Fanon (2008) e Giacomini (1988) - posiciona mães negras em uma zona de negação, onde não podem ser - nem mães, nem mulheres (exceto para o cuidado de pessoas brancas). Ademais, a construção de um ideal de maternidade romantizado faz com que as políticas públicas não acompanhem as reais necessidades dessas mães, relegando-as ao desamparo (Passos & Silva, 2021). Nesse sentido, a compreensão desse cenário de precariedade perpassa, necessariamente, por uma compreensão das estruturas de opressão existentes na realidade brasileira.

A falta de articulação das redes e a inexistência de um projeto consistente de proteção às mulheres é mencionada como algo que atravessa todos os estratos socioeconômicos. Embora acompanhada por um serviço especializado de proteção e orientação para mulheres vítimas de violência, uma das participantes conta que a convivência diária com o agressor - inclusive nas caronas para o próprio serviço - a levou a desacreditar nas políticas intersetoriais, que não deram

conta de protegê-la das ameaças diárias: *“Me orientaram a fazer denúncia. Mas ele que me levava e buscava. Na época era Pró-Vítima, e ele chamava de Pró-Puta”*. Além de cenários como este, também se evidenciam disputas judiciais em torno de bens patrimoniais e da guarda dos filhos, com recorrentes cenas de humilhação por parte dos homens e autoridades judiciais.

As narrativas nos permitem propor que há, de fato, um projeto de descaso e abandono materializado pelo desmonte de políticas sociais e pela marginalização sistemática de determinados grupos. Diferentes fragmentos sobre a falta de profissionais ou demora no agendamento de consultas demonstram a dificuldade de acesso a serviços básicos do sistema de saúde no território, além de outros dispositivos da rede intersetorial. Especialmente sobre a Rede de Atenção Psicossocial, um elemento muito importante aparece expressando sua fragilidade: a centralidade da internação em instituições manicomiais. Diante da ausência de equipamentos adequados para o amparo de pessoas em sofrimento grave, a internação compulsória de familiares se mostra uma saída visível para a sobrecarga das mulheres, como mostra o fragmento: *“Por isso eu tô buscando essa internação pra ele... são três meses, eu tô precisando pra respirar, descansar (...)”*. Ainda, as usuárias relatam em suas próprias trajetórias momentos de manicomialização - o que demonstra a atualidade da contrarreforma psiquiátrica e a presença controversa dos manicômios contemporâneos no cotidiano da política de saúde mental, como *“uma roupa que continua servindo”* (Rosa & Nunes, 2024). Esse processo de remanicomialização (Passos, 2020) expressa mais uma camada das *“ausências”* seletivas estatais, de forma que essas novas instituições se fazem fortemente presentes e repetem as mesmas justificativas de privação e aprisionamento para excluir e violentar corpos indesejáveis. Ainda que se identifiquem avanços recentes na política de saúde mental brasileira, como a retomada do financiamento da RAPS, a fragilidade da rede do Distrito Federal e a centralidade das Comunidades Terapêuticas nesse território ainda deixa a população exposta a essas instituições de caráter asilar-manicomial. Exaustas e desamparadas pelo Estado - que segue a

tendência de negligenciar as necessidades da população - as usuárias encontram em instituições da violência um respiro para as tantas outras violências que vivem.

Argumenta-se que a precarização das políticas públicas não é uma falha, mas um projeto político que determina que certas vidas são mais descartáveis do que outras, e a guerra às drogas cumpre papel central nesse processo, operando um projeto de morte para a população negra, pobre e moradora das favelas e periferias (Passos & Silva, 2021). Cabe mencionar que mesmo as políticas públicas que aparecem nas histórias, muitas vezes reproduzem uma lógica racista e sexista, promovendo desproteção e revitimização (Brambilla, 2021). Observa-se, portanto, a contradição: o Estado ausente na garantia de direitos é o mesmo que se faz presente para punir e manicomializar essas mulheres por adoecerem, por não exercerem a maternidade da forma adequada ou por usarem substâncias - especialmente se forem negras. A mulher que não é acessada por políticas de proteção, moradia, saúde e educação ao longo da vida, é a mesma que, cotidianamente, é “assistida” pelo olhar vigilante do Estado - via polícia e via Comunidades Terapêuticas -, especialmente quando falha em suas funções *naturais* - ser mãe, ser esposa, ser dona de casa.

Através das histórias, fica claro que o processo de sofrimento das participantes é produzido por múltiplas violações - conjugais, familiares e estatais - e por condições estruturais que o sustentam. É nesse contexto que surge o subtema “*Autogestão, Deus e criatividade diante da precariedade*”, que busca explorar as estratégias mobilizadas para lidar com o cenário desafiador e complexo de sofrimento, mesmo que de forma escassa e pontual. Em seus relatos, as mulheres exemplificam as diferentes formas pelas quais elas resistem a momentos de desespero, à miséria e à fragilização do cuidado no decorrer de sua trajetória, seja mantendo hábitos individuais, frequentando espaços de seu território ou buscando amparo e acolhimento, em uma demonstração da capacidade de agência e autogestão criativa das comunidades mais

vulneráveis. Aqui destaca-se a centralidade da religião e de alguns espaços comunitários compartilhados pelos moradores da região, como feiras e parques.

Em trechos como *“Eu era ajudada pelos professores dos meninos, pelas pessoas que me conheciam”* e *“Aprendi a fazer biscoito, toalha, artesanato, sandália. Fui e fiz, vendi bijouteria, vendi roupa íntima (...)”* se expressa a importância da vivência em comunidade e da construção de laços com outros moradores. Ainda, são valorizadas iniciativas que visam alguma autonomia financeira no processo de sofrimento pela via do trabalho autônomo e criativo. Vendendo roupas ou produtos feitos artesanalmente e mantendo boas relações com o seu território - seja na feira, na igreja, no bar - as mulheres encontram motivação para mudar suas condições de vida, mesmo sabendo que esse movimento acontecerá sem muito apoio do Estado. A relação com Deus e com a religião também aparece de forma muito relevante para o grupo, sendo um importante fator motivacional para o abandono das substâncias e para a busca por ajuda. A reprodução de discursos como: *“Eu pensava que eu não pertencia em nada, e na igreja eu me encontrei”* e *“Primeiramente, Deus (...) Segundo, esse lugar é muito importante!”* ilustra como a igreja exerce uma função central, sendo muitas vezes o único espaço percebido como protetivo para as mulheres, que se sentem constantemente condenadas por sua comunidade. Destaca-se, no entanto, que a sensação de pertencimento aparece apenas mediante a interrupção do uso de substâncias, de forma que a religião configura ao mesmo tempo fator protetivo e local que incentiva a culpa e a “readequação” às expectativas sociais.

É importante ressaltar que a internação em CTs - instituições religiosas que se baseiam na abstinência, no trabalho forçado e no isolamento total como estratégias de tratamento (Passos et al., 2020) - aparece como ponto de partida da incorporação desses discursos. Segundo Targino (2017), boa parte delas reproduz a ideia de que o uso de álcool e drogas é pecado, sendo a conversão religiosa a única saída. Nesse sentido, mesmo que a religião seja notadamente uma estratégia comunitária de enfrentamento, o constrangimento social para participar desse

movimento de “transformação” em direção à cura configura violência para muitas mulheres que não desejam ter seus corpos, comportamentos e crenças cerceados. Apesar de extremamente relevante enquanto estratégia de autogestão da comunidade - especialmente para mulheres com trajetória de situação de rua -, a religiosidade apresenta diferentes facetas, controversas e complexas, as quais também discutiremos.

Outros movimentos que ilustram a agência das mulheres em sua comunidade envolvem o contato com os animais de estimação, o desenvolvimento de amizade com vizinhos e o hábito de explorar o território. Participantes lembram de organizar grandes feiras de roupas e de passeios que fazem ao parque e ao lago nos dias em que a passagem de ônibus é gratuita, reconhecendo a importância de utilizarem todos os recursos à sua disposição - por mais escassos que sejam - para (re)inventar o próprio cuidado e as próprias redes. Nesse contexto, relações afetivas aparecem como centrais nesse processo criativo de autogestão comunitária (mesmo evidenciada a sua escassez): “*Como é que fala? Um cuida do outro*”, lembram, se referindo a união entre os irmãos e colegas para contornar os momentos mais desafiadores.

Diante desse cenário, Oka et al. (2022) argumentam que a participação comunitária, por meio de redes solidárias autogestionadas, constitui estratégia colaborativa de suporte emergencial, afirmando-se como política permanente frente a um projeto estatal excludente. Contudo, tais iniciativas, ao mesmo tempo em que revelam potência e inventividade, evidenciam a lógica de descartabilidade imposta a grupos subalternizados - como moradores de periferia, trabalhadores informais e usuárias de drogas -, que, diante da negligência institucional, passam a construir autonomamente respostas públicas, reduzindo danos e assegurando sua própria sobrevivência. Assim, compreende-se que a solidariedade, ainda que mobilize respostas coletivas relevantes, pode também encobrir a “desigualdade dos direitos e das condições político-sociais que a produzem” (p. 116), especialmente em um contexto

marcado pela precarização histórica e pela omissão do Estado nos territórios mais vulnerabilizados.

Reconhecer a agência e os pequenos movimentos dessas mulheres e suas comunidades não significa romantizar suas histórias, mas sim dar lugar aos sentidos construídos mesmo em condições de profunda vulnerabilidade, desafiando a lógica de descarte e subordinação que atravessa suas vidas. Um importante recurso apontado pelas participantes para lidar com os desafios da vida é o uso de drogas, que será discutido no tema 2.

## **Tema 2 - Entre sintoma e denúncia: concepções sobre saúde mental e sofrimento.**

Esse tema organiza fragmentos que discorrem sobre a determinação social do sofrimento das mulheres, sofrimento que configura - ao nosso ver - sintoma e também uma denúncia desta sociedade. Os relatos evidenciam uma naturalização da sobrecarga e da imposição dos papéis materno e amoroso, fazendo com que este seja o único projeto possível para as elas desde a infância (mesmo quando não desejado). Nesse contexto, os sentimentos controversos em relação a esses papéis levam à busca por recursos de enfrentamento que possuem diferentes sentidos, e por vezes acabam atentando contra sua própria existência e autonomia. Esse tema também retrata as diferentes maneiras pelas quais essas experiências (incluindo o sofrimento e o uso de drogas) foram patologizadas e medicalizadas ao longo da vida, entendendo esse processo como inevitavelmente manicomial e sexista, ao passo que oculta e mistifica as causas e determinações do sofrimento das mulheres.

O subtema “*O projeto mulher-mãe-esposa*” reúne indicadores que evidenciam expectativas socialmente construídas em torno do que é ser uma “verdadeira” mulher, articulando de forma indissociável a facilidade e os papéis de mãe e esposa. Nas trajetórias, esses papéis aparecem como centrais e, muitas vezes, como o principal - quando não único - projeto de vida possível, orientando escolhas e renúncias. A maternidade emerge como aspecto

estruturante das experiências, sendo frequentemente descrita como fonte de sentido, motivação e resiliência frente a contextos de intenso sofrimento e desamparo. Cuidar dos filhos e outros familiares aparece, portanto, como algo que sustenta a continuidade de sua vida, mesmo em cenários de perda, adoecimento ou precariedade. Expressões como: “*Aquele bebê ali me fortaleceu, me fez ver a vida diferente*” e “*Eu fui muito forte por ela. Consegui forças por ela!*” expressam como ser mãe representa um importante fator de motivação e esperança mesmo em cenários desafiadores. Conseguir exercer de forma satisfatória o papel de cuidadora é apontado como critério fundamental para o bem-estar, assim como ver seus familiares bem-sucedidos e felizes. Ao mesmo tempo, o cuidado de terceiros assume um caráter identitário e inegociável, algo que não podem recusar.

Um aspecto que ilustra essa relação forte entre sua identidade e a maternidade é o fato de que, quando perdem um filho (por falecimento, distância ou abandono), as mulheres deixam de se reconhecer enquanto pessoas, apresentando dificuldade de construir outros projetos de vida. Quando os filhos crescem e se afastam, por exemplo, surge um sentimento de esvaziamento de sua existência e solidão, como no relato: “*Eu era muito grudada com a minha filha (...) agora ela tá indo né, embora, viver a vida dela. (...) E eu falo assim 'Deus, me leva, minha filha já tá grande, já criei'*”. Após uma vida dirigida ao outro, ao perdê-lo, elas perdem a si mesmas. Percebe-se que, muito além de expressarem a dor, relatos sobre esse cenário mostram que muitas mulheres não aprenderam a ser outra coisa, de forma que seus afetos, suas fontes de satisfação e seu tempo ficam esvaziados. Como estratégia para contornar o sofrimento, essas mulheres se disponibilizam para cuidar de outras pessoas externas à sua família, como se aquilo fosse sua vocação: “*Deus me colocou ali no momento para que eu não desistisse, continuasse ali no cuidado de outra pessoa (...) É como se eu quisesse tirar o peso dos outros e botar em cima de mim*”. Mesmo que mencionem, reiteradamente, as falhas do Estado em relação à garantia de direitos, as usuárias sentem-se integralmente culpadas pelo

sofrimento e pelas dificuldades enfrentadas por sua família, reforçando a centralidade do cuidado como elemento constitutivo de sua identidade.

Além da maternidade, o casamento também ocupa lugar central nas vivências relatadas, frequentemente descritos como sua segunda maior conquista. Fragmentos como: “*Graças a Deus tenho um marido bom*” e “*Ele foi tudo que uma mulher poderia sonhar*” demonstram a importância atribuída aos companheiros - apontados como algo que traz prestígio social, estabilidade e pertencimento. Nesse sentido, percebe-se um grande investimento das mulheres na manutenção dessas relações, seja pela via da submissão, da dedicação extrema à aparência, seja pela abdicção de outros projetos de vida. A tolerância a situações de violência também compõe esse indicador, revelando que, mesmo quando a convivência conjugal não é ideal, o casamento representa uma suposta segurança e estabilidade familiar. Essa dinâmica é ilustrada no trecho: “[Eu] *Deixei ele destruir minha vida, fui burra (...). Às vezes você sente falta do cativo, sabe por que? (...) Ele ficou com tudo, mãe, família, casa, amizades. E eu fiquei exatamente como ele me falava: sozinha!*”. Aqui, o medo da ruptura conjugal e da solidão aparece como elemento que sustenta relações muitas vezes marcadas por assimetrias e violências diversas.

Ao mesmo tempo em que esses projetos de ser “uma verdadeira” mulher, ser mãe e ser esposa se apresentam como motivadores valiosos, as trajetórias revelam que sustentar essas posições, nas condições concretas de vida das participantes, associa-se a intenso sofrimento psíquico e sobrecarga. Os relatos indicam processos precoces de abandono escolar e afastamento do trabalho remunerado para assumir responsabilidades com os parceiros, filhos e com a casa, muitas vezes desde a adolescência. Essa dinâmica foi percebida inclusive em situações em que não havia o desejo inicial de casar ou ter filhos, conforme expressa o trecho: “*Eu não queria casar e não queria ter filhos (...) queria estudar. Mas não passei da quinta série. Percebi que estava começando a ficar cheia de filho*”.

Esse cenário articula diálogo com os dados da Tabela 5, segundo os quais, mulheres costumam ingressar no sistema de ensino, mas, via de regra, interrompem sua escolarização antes de concluir os estudos. Abdicar dos estudos e de melhores possibilidades de inserção no mercado de trabalho parece ser menos prejudicial do que abrir mão do projeto de família tradicional que aprenderam no início de sua vida. No entanto, ao longo das trajetórias, as consequências dessa abdicção se fazem presentes, produzindo sentimentos de vazio e sofrimento psíquico.

Atrelados a esses papéis, outros aspectos atribuídos à “feminilidade” atravessam de forma significativa as experiências narradas - especialmente se relacionando à aparência. Cuidar do corpo, do cabelo, da estética, é descrito como parte constitutiva do ser mulher, e como dimensão central do autocuidado. Mesmo em contextos de sofrimento psíquico, as mulheres relatam sentimento de culpa quando não conseguem frequentar a academia, ir ao salão de beleza, por exemplo. Participantes expressam o desejo de aprender a se maquiar e incentivam umas às outras a construir uma rotina de autocuidado, como reafirmação identitária e valorização do próprio valor. A dificuldade de manter sua aparência conforme os padrões esperados, no entanto, aparece como fator adicional de sofrimento, especialmente quando associada aos psicofármacos. Observa-se descontentamento com o tratamento medicamentoso quando este é percebido como responsável por mudanças corporais indesejadas como ganho de peso, redução da libido e outros. Isso se percebe no trecho: *“A médica agora aumentou minha medicação e agora sim vão me chamar de gorda também... Por que o remédio incha né? Isso acaba comigo”*.

De acordo com Maciel e Medeiros (2017), o fato de mulheres serem, historicamente, muito mais associadas ao corpo faz com que suas obrigações também estejam mais atreladas a ele. O investimento nesse corpo, a supervalorização da aparência e o cultivo de uma estética adequada aos padrões de beleza se tornam valores centrais na contemporaneidade -

especialmente com o recrudescimento do capitalismo - de forma que a beleza passa a ser um dever moral das mulheres (Pinho, 2005), e um produto a ser consumido. No caso das usuárias, essa exigência é intensificada pela necessidade de confrontar o estigma e a representação social atribuída a usuárias de drogas - que são, no imaginário social, mulheres que não se cuidam (Maciel & Medeiros, 2017). Como enfrentamento a esse processo de estigmatização, as mulheres reforçam, a todo momento, que ser mulher e cuidar de si é, principalmente, cuidar de sua aparência.

Segundo Kurchaidt et al. (2023), a construção da imagem feminina saudável e adequada socialmente através do casamento é uma estratégia fundamental para a manutenção da ordem social burguesa. Nesse sentido, embora sejam importantes elementos de resgate identitário, sua hipervalorização reforça, de diferentes maneiras, estruturas garantidoras de dominação de gênero e classe. As trajetórias revelam, ainda nesse âmbito, um empobrecimento dos investimentos afetivos fora do espaço familiar e uma acentuada assimetria na divisão de tarefas nas relações conjugais. Enquanto os parceiros ocupam espaços públicos e mantêm outras redes afetivas, às mulheres cabe o cuidado do espaço privado ou a conciliação de múltiplas jornadas de trabalho. Essa dinâmica pode ser compreendida à luz do processo heterocentramento através do qual as mulheres são subjetivadas em sociedades patriarcais (Zanello, 2017). Segundo importantes autoras do campo como Franca Ongaro Basaglia, Elisabeth Badinter e Heleieth Saffioti, às mulheres é destinada a “vocação” do cuidado de terceiros mesmo que isso prejudique outros projetos ou o cuidado de si própria, e uma falha na prática desse cuidado leva a intenso julgamento social. Nessa lógica, se naturaliza uma essência feminina que   sempre disponível para nutrir e dar suporte às pessoas, exceto quando é ela quem precisa desse suporte. Falhar no amor ou no cuidado equivale a falhar enquanto mulher, o que produz intenso julgamento social e sofrimento psíquico. A supervaloriza o dos papéis materno e amoroso também contribui para a desconsidera o do desemprego feminino como problema social

relevante, enfraquecendo suas possibilidades de alcançar cidadania e autonomia financeira (Ribeiro & Pasqualini, 2025).

É importante ressaltar que as experiências relatadas dizem respeito, majoritariamente, a vivências amorosas heterossexuais, o que influencia na divisão desproporcional das tarefas domésticas e de cuidado. Quando necessitam de apoio no cuidado de seus filhos, as mulheres recorrem sobretudo a outras mulheres da família ou da comunidade, e não a seus parceiros, o que dialoga com os achados de Passos (2011; 2013) sobre a centralidade das mulheres no cuidado na saúde mental e com a noção de feminização do cuidado (Siqueira, 2024), mesmo em tempos de Reforma Psiquiátrica. Percebe-se, nesse cenário, que a negligência estatal sempre recai de forma sistemática sobre as mulheres, que se consolidam como as principais cuidadoras de seus territórios. No entanto, embora a sobrecarga seja transversal, não é possível homogeneizar essas experiências. Diferenças de classe, raça e etnia as atravessam, produzindo camadas adicionais de vulnerabilidade. Para mulheres negras, o cenário assume contornos ainda mais violentos, pois embora também estejam sujeitas aos projetos hegemônicos de feminilidade, maternidade e conjugalidade, são ainda mais atravessadas pelo ideal estético (Zanello, 2018) e tais experiências lhes são frequentemente negadas. O racismo intensifica processos de culpabilização, punição e negação de direitos, incidindo, por exemplo, sobre a perda de filhos no contexto de guerra às drogas, a subnotificação da violência e as iniquidades vivenciadas nas relações sociais e institucionais (Lima, 2017). Além disso, mulheres negras têm suas trajetórias marcadas pela solidão afetiva e pela hipersexualização de seus corpos, sendo frequentemente percebidas de forma subserviente (Ribeiro & Pasqualini, 2025) e deslegitimadas enquanto mulheres ideais para o casamento. Atravessadas pelo olhar desumanizador do racismo, essas usuárias são constantemente vistas como incapazes para o exercício da maternidade e como criminosas (Malheiros, 2020). Como aponta Passos (2021): "O corpo, a maternidade, o afeto, o amor e a família, tudo isso é negado às mulheres negras por

meio da violência que se materializa através dos diversos braços do Estado" (Passos, 2021, p. 306).

Diante desse cenário de imposição de papéis e da dificuldade de sustentá-los adequadamente, o subtema “*Sentidos e lugar das drogas*” reúne indicadores que dizem respeito aos variados sentidos atribuídos ao uso de substâncias psicoativas ao longo das trajetórias de vida das participantes. As drogas aparecem de forma pontual, mas assumem funções distintas conforme os contextos vividos, os recursos disponíveis e as demandas concretas de cada uma delas. Ainda, seu consumo representa, simultaneamente, motivo de sofrimento e também um recurso de enfrentamento a esse sofrimento, ilustrando que as drogas não ocupam um lugar homogêneo ou padrão, sendo atravessadas por ambiguidades, contradições e transformações ao longo do tempo.

De modo geral, observa-se que as participantes reproduzem discursos moralistas e proibicionistas em relação às drogas, onde elas são compreendidas como uma grande ameaça à ordem, à vida e à sua saúde. O consumo aparece frequentemente associado à origem da maioria de seus problemas, havendo uma tendência à culpabilização das substâncias, especialmente a partir de seus efeitos nocivos no corpo, comportamentos e nas relações sociais (sobretudo familiares). Nesse contexto, o crack e o álcool são reconhecidas como as drogas mais nocivas, sendo o álcool a mais amplamente utilizada pelas participantes. Em contrapartida, as medicações psiquiátricas tendem a ser mais toleradas e naturalizadas, mesmo que sejam também reconhecidas como drogas em certo momento. Ainda assim, algumas participantes tensionam essa classificação hierárquica e afirmam que todas as substâncias produzem efeitos nocivos, como evidencia o trecho: “*A maconha é droga, a cachaça é droga, a pedra é droga. Tudo é droga... As medicações são uma droga!*”.

Percebe-se que a intensificação do encontro com as substâncias, que inicialmente possuía um caráter pontual e esporádico, ocorre principalmente a partir de episódios vitais

marcados por sofrimento, como perdas e abandonos familiares, vivências de violência sexual e o enfrentamento de diagnósticos difíceis. Além disso, outras motivações também estão presentes, como a convivência com colegas usuários no trabalho ou com o companheiro, a busca por disposição para lidar com as demandas de cuidado, o desejo de socializar, tédio e solidão. Esses achados dialogam com a literatura ao indicar que o uso de álcool e outras substâncias tende a emergir em momentos de fragilização das redes afetivas, funcionando como tentativa de reparação simbólica dessas perdas (Nóbrega & Oliveira, 2005). Os relatos de seu uso em contexto de lazer ilustram também o seu caráter diverso, de resposta a diferentes necessidades humanas (Silva & Lyra, 2015; Moraes, 2018), que nem sempre são negativas.

Ressalta-se ainda que nas histórias de vida, as drogas - especialmente o álcool - sempre estiveram presentes: “O álcool, a cerveja, sempre estiveram presentes (...) Era tipo assim, num churrasco, num casamento”. Contudo, essa relação ganha outro contorno à medida que os desafios da vida se aprofundam em descompasso com os recursos disponíveis. As participantes reconhecem que as substâncias passam a ocupar um lugar muito significativo, mas também prejudicial, ao atentarem contra sua própria segurança e saúde: “Eu tava bêbada, ai dormi lá, embaixo do bloco (...) Acordei, vi umas pessoas deitadas próximas de mim, embrulhadas. Eu entrei em pânico”. O álcool aparece, nesse contexto, como principal recurso mobilizado, exercendo funções de alívio da dor, redução do estresse, relaxamento e socialização, como expressa o fragmento: “Eu fui pro bar, sentei e conheci um monte de gente numa noite. Tive uma noite muito agradável (...) daí e diante, o álcool se tornou uma fuga. Eu fui buscar companhia no álcool”. Em contextos em que as redes afetivas encontram-se fragilizadas, o uso de bebida alcoólica aparece como mediador de encontros, pertencimento e construção de laços, o que ilustra seu importante papel na vida das mulheres. Destaca-se, no entanto, que ao mesmo tempo que propiciam a satisfação de importantes necessidades, as drogas também têm servido como elementos que aprofundam a alienação social e marginalização (Costa, 2020), afastando-

as de relações e serviços fundamentais. Reconhecer seus impactos na trajetória das usuárias vai além de apontar seus prejuízos orgânicos, mas permite desvelar a forma como nossa sociabilidade tem abordado - de forma nociva - essa relação.

Alguns relatos apontam que o consumo de álcool e cigarro se intensifica a partir da convivência no ambiente de trabalho: *“Eu caí na bebida né? Caí no fumo. Caí num vício, porque o pessoal costuma dizer que quem vive em obra... Raramente você acha um pedreiro que não bebe”*. Embora esse consumo fosse socialmente aceito no grupo, especialmente por ocorrer em um espaço majoritariamente masculino, a participante relata ter sofrido discriminações tanto pelo uso de substâncias quanto por atravessamentos de gênero, ao ocupar um lugar social que não lhe era esperado. Outro sentido que aparece de forma pontual refere-se à melhoria de performance, especialmente para o exercício da maternidade. Uma das participantes relata que, por influência do ex-marido, passou a usar cocaína com o objetivo de ter mais energia para cuidar do filho mais novo. Cansada do trabalho e indisposta por conta do uso de álcool e medicações, ela refere que a cocaína foi o “antidepressivo” mais potente que já utilizou. Tais diálogos dialogam com Lima (2010), que sugere que o consumo de psicotrópicos funciona como uma estratégia para suportar exigências impostas pelo trabalho, especialmente em uma sociabilidade capitalista marcada por sobrecarga, violência e pelas múltiplas expectativas particularmente direcionadas às mulheres. Na ausência de remédios que contemplem as suas necessidades, as participantes buscam apoio em outros recursos, mas sem a mesma aceitabilidade.

A maconha emerge nos relatos com significados distintos daqueles atribuídos ao álcool e ao crack, sendo associada a um uso sem grandes prejuízos, ao relaxamento e à busca por equilíbrio. Uma participante afirma: *“Eu tô buscando alívio e equilíbrio. Eu gosto de fumar mesmo, não vou mentir”*, ao justificar sua preferência pela substância em detrimento de medicações que a mantêm excessivamente sedada por períodos prolongados. Não obstante,

observa-se certa resistência coletiva a esse discurso, o que evidencia a permanência do estigma e da moralização, mesmo quando o uso não se traduz em prejuízos socialmente significativos. Cabe ressaltar que, diferentemente de substâncias consideradas mais “elegantes”, a maconha carrega uma trajetória histórica de proibição profundamente imbricada ao racismo estrutural, tendo sido associada às religiões de matriz africana e às populações majoritariamente negras (Saad, 2019). Nesse sentido, evidencia-se que o estigma não se constitui exclusivamente em função da substância em si, mas, sobretudo, em relação aos sujeitos que historicamente a utilizam - ou que, no imaginário social, passam a ser a ela associados.

Essa dinâmica de moralização tem forte influência da presença da religião em suas trajetórias – especialmente via Comunidades Terapêuticas - como ator político relevante, especialmente nesses territórios periféricos. Nesse contexto, Trigo (2022) nos convoca a compreender “como a religião vem ocupando não apenas o terreno político, mas também lacunas deixadas pelo Estado brasileiro” (Trigo, 2021, p. 45), problematizando que a formulação de políticas públicas ancoradas em referenciais religiosos - marcados por concepções próprias e frequentemente conservadoras de mulher e homem, de família e maternidade - pode produzir entraves significativos e restringir alternativas concretas para as mulheres. Nesse cenário, as CTs constituem-se não apenas como dispositivos de conversão religiosa, mas - a nosso ver - como espaços nos quais se articulam violência religiosa e violência estatal. Ao associarem o uso de drogas à criminalidade, ao descontrole, ao pecado e ao desvio moral, tais instituições reforçam estigmas e legitimam múltiplas formas de violência “em nome de Deus” e da cura, discurso incorporado pelas usuárias nas discussões sobre os significados das drogas. A influência cristã na construção da figura da mulher ideal, destacada por Elisabeth Badinter e Marcela Lagarde, revela-se central para compreender essa articulação: se, por um lado, tais instituições exaltam e recompensam aquelas que se ajustam a esses ideais normativos, por outro, criminalizam e violentam, de modo contundente, as que deles se afastam.

O crack, por sua vez, é percebido de forma consensual como uma das substâncias mais destrutivas, associado à intensificação da agressividade e perda de controle. Quando aparece nas narrativas, é apontado como algo condenável, associado à desordem, a uma vida desregrada, como ilustra o trecho: “*Não tinha medo de nada, da polícia, enfrentava, botava o dedo na cara (...) Eu ia pra cima, eu era doída*”. Ainda assim, é importante destacar que uma importante função está sendo exercida. De acordo com Souza et al. (2016), o crack configura-se como uma substância funcional para pessoas em situação de rua, especialmente para mulheres expostas a contextos recorrentes de violência. Além de seus efeitos estimulantes, que contribuem para mantê-las em estado de alerta, os autores destacam que o uso do crack pode possibilitar a essas mulheres a subversão de uma posição exclusivamente passiva diante das agressões, permitindo-lhes reagir às ameaças e violências presentes em seu cotidiano. Mulheres que usam crack frequentemente se encontram em maior risco social e em situações de agravamento da saúde, sendo alvo de estigmas mais intensificados, de forma que a ideia de que essas mulheres perdem o controle do próprio corpo serve de justificativa para a guerra às drogas e para sua apropriação pelo Estado (Bolzan, 2015). Não à toa, o uso de crack apareceu mais relacionado à situação de vivência nas ruas, e também a experiências de manicomialização em Comunidades Terapêuticas. Nesse sentido, torna-se fundamental deslocar o foco da crítica do uso em si para as condições sociais de desamparo e desassistência a que estão expostas.

As medicações psiquiátricas aparecem nesse subtema como recursos centrais para o manejo do sofrimento psíquico e dos prejuízos atribuídos ao chamado vício. Ainda que a dependência excessiva dos psicofármacos seja reconhecida, ela tende a ser menos problematizada e gera menos culpa e julgamento social do que o uso de outras substâncias, possivelmente por se tratar de uma droga legalizada, prescrita e que permite que as mulheres permaneçam adequadas às funções sociais exigidas. Além disso, as participantes mencionam a dificuldade de abandonar o uso, se queixando desse cenário e dependência e também de alguns

efeitos colaterais, conforme os fragmentos: “*Se eu não tomar a medicação, eu não durmo*” e “[o médico] *queria que eu tomasse não sei quantas gotas... Eu fiquei 4 dias dormindo. Ai eu não pude fazer nada da minha vida. Eu vou passar fome?*”. Essa reflexão dialoga com Pontes (2017), que aponta que mulheres são as maiores consumidoras de medicamentos psiquiátricos, especialmente benzodiazepínicos, em um contexto de medicalização da vida. Embora apontem a eficácia dos BZD no tratamento de sintomas de ansiedade e distúrbios do sono, por exemplo, os autores também ressaltam os riscos do uso abusivo - cada vez mais recorrente.

Embora discursos moralizantes e frequentemente religiosos estejam muito presentes, participantes reconhecem que os sentidos do uso não são universais nem fixos. Uma das falas sintetiza essa percepção: “*Cada uma vai ter um processo, vai construir sua própria história*”, indicando o reconhecimento de trajetórias singulares e de diferentes possibilidades de relação com as substâncias. Nesse sentido, Farias (2017) contribui ao apontar que mulheres são cotidianamente adoecidas pelo sistema de produção capitalista e suas estruturas de dominação racista e patriarcal, e que o uso de entorpecentes pode se constituir como um exercício de autonomia, direito ao corpo e à escolha. Em contrapartida, o discurso hegemônico segue naturalizando o lugar “perigoso” das drogas e a psiquiatrização como estratégia de resgate de uma feminilidade esperada: dócil, controlada e ajustada (Moura & Popperl, 2019; Queiroz & Prado, 2022).

As falas das participantes permitem problematizar essa dicotomia entre substâncias lícitas e ilícitas. Conforme Carneiro (2005), há uma distinção histórica entre os psicoativos da indústria farmacêutica (socialmente aceitos) e aqueles considerados ilícitos, frequentemente associados ao perigo. No entanto, fica evidente nas trajetórias que ambos podem causar prejuízos e dependência e, simultaneamente, proporcionar prazer, alívio, cura e satisfação de necessidades diversas. A cristalização dessa dicotomia contribui para o apagamento da subjetividade das usuárias, que são comumente reduzidas à identidade de “drogadas”, ou vistas

apenas como usuárias de drogas e nada mais. Segundo Malheiros (2020), essa concepção decorre da construção social fomentada pela Guerra às Drogas, que reforça leituras reducionistas e afasta essas mulheres de sua potência enquanto sujeitos.

Percebe-se, nessa lógica, que o discurso proibicionista, muitas vezes atravessado por elementos morais e religiosos, impacta diretamente o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, levando-as a exercer o uso escondido e marcado pelo medo do julgamento (Maciel & Medeiros, 2017; Bolzan, 2015) - inclusive entre outras usuárias. A compreensão linear de que o uso necessariamente leva à dependência faz com que a única alternativa reconhecida seja a abstinência e isso pode afastá-las dos serviços - inclusive do CAPS -, mesmo quando necessitam de cuidado. Além disso, os prejuízos causados pelas drogas não são homogêneos e dependem de uma multiplicidade de fatores. Essa diferença revela não apenas formas distintas de relação com as drogas, mas como os estigmas de gênero aos quais as mulheres estão sujeitas reforçam a invisibilização e julgamento social. Ao mesmo tempo, estudos mostram que são elas o maior público de medicamentos psiquiátricos, o que reforça a centralidade da medicalização como estratégia socialmente aceita de manejo do sofrimento (da subjetividade?) das mulheres.

Observa-se nos relatos o desconhecimento da redução de danos (RD) enquanto ética e racionalidade que parte da compreensão de que é possível estabelecer relações com as drogas e cuidar de si mesmo quando não há desejo de interromper o uso. A abstinência aparece como estratégia central na perspectiva das mulheres, apesar das iniciativas de reflexão e tensionamento promovidas pelo serviço. Nesse sentido, o subtema evidencia que, embora os sentidos atribuídos ao uso sejam múltiplos, sua compreensão e abordagem - principalmente pelas próprias mulheres - ainda se mantêm homogêneas e ancoradas em leituras moralizantes, pouco sensíveis às singularidades das trajetórias. Essa dinâmica produz sentimentos de inadequação ou a reprodução de discursos prontos para pertencer, mesmo que reforce estereótipos e marginalização.

No subtema “*Medicalização da vida como ferramenta manicomial-patriarcal*”, destaca-se que as trajetórias das participantes são atravessadas por estratégias de psicopatologização que se expressam não apenas nas noções de “vício” e “dependência” presentes nos relatos, mas, sobretudo, na centralidade atribuída aos diagnósticos psiquiátricos e ferramentas medicamentosas como principais - e por vezes, únicas - respostas ao sofrimento. As narrativas evidenciam como suas experiências de vida passam a ser lidas e tratadas prioritariamente pela via da psiquiatria e de concepções hegemônicas de saúde mental em detrimento de outras estratégias de cuidado e de uma compreensão ampliada de suas condições de existência. Assim, o sofrimento é frequentemente reduzido a sua dimensão psicológica e biológica, desvinculada de seus determinantes sociais, econômicos e relacionais.

As participantes relatam a atribuição progressiva de diagnósticos ao longo de suas trajetórias, o que parece acompanhar (e justificar) a sensação de desconexão com a vida e de empobrecimento das experiências. O fragmento: “*Hoje já sinto que eu não acho graça em muitas coisas, né? Sou totalmente diferente do que eu era... a depressão... a ansiedade. A síndrome do pânico (...) Tá assim cada dia mais coisas, sabe?*” ilustra como o sofrimento passa a ser nomeado a partir de uma acumulação de categorias diagnósticas, mesmo quando as narrativas explicitam uma história marcada por violências, precariedade material e rupturas afetivas que antecedem tais nomeações clínicas.

De forma semelhante, o acesso a espaços de cuidado foi muitas vezes condicionado ao recebimento dos diagnósticos, realidade que pode ser vista no trecho: “*Fui abusada quando tinha 9 anos. Isso acho que desencadeou o borderline, né? O diagnóstico!*”. Ainda que reconheça a dimensão social do sofrimento, foi a partir do diagnóstico que ele se tornou real, legítimo e passível de tratamento, como se a patologização operasse como condição de acesso a direitos. Outros relatos também evidenciam como, mesmo em um cenário de escassez e precariedade material, a concepção hegemônica de saúde mental tende a atribuir à droga e ao

diagnóstico por si só a determinação da “loucura”, deslocando o foco das condições concretas de vida. O fragmento: “*Quase que a droga me deixou louca*”, evidencia que as mulheres tendem a compreender as drogas como principal motivador do sofrimento, sem reconhecer que suas condições de vida já são, por si só, enlouquecedoras. A desconsideração de seus contextos e atribuição da “causa” do seu sofrimento às drogas e/ou ao diagnóstico psiquiátrico ilustram como o imperativo da medicalização da vida opera com êxito nas trajetórias investigadas, individualizando-as e despolitizando-as.

Entre as participantes, aquelas que não tiveram a atribuição formal de diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida também relatam não ter recebido qualquer acompanhamento em saúde mental durante a infância e adolescência. Fica evidente, portanto, que a única forma de não ser reduzida a termos classificatórios é não ser cuidada. Ao mesmo tempo, as mulheres apresentam trajetórias marcadas por combinações sucessivas de psicofármacos, ajustes de dosagem, trocas de medicação e acúmulo de diagnósticos, indicando que o sistema de saúde tem operado quase exclusivamente por essa via. Nessa lógica, suas experiências de vida, que são naturalmente atravessadas por desigualdades de classe, gênero e raça - constitutivas da sociabilidade capitalista - passaram a ser tratadas como doenças orgânicas ou transtornos mentais, de forma que não houve responsabilização do Estado e sim das próprias mulheres por aquilo que é produzido socialmente (no caso, o seu sofrimento).

O uso de psicofármacos aparece de forma transversal nas trajetórias, como já discutido. As participantes mencionam a prescrição de inúmeros remédios ao longo dos tratamentos, o que reflete a crença de que seus problemas são, antes de tudo, orgânicos. Ainda, aponta-se que tais prescrições costumam desconsiderar o uso concomitante de álcool, maconha e outras substâncias, o que as expõe a riscos importantes. A centralidade das internações psiquiátricas também aparece de forma recorrente, revelando a persistência de práticas de caráter asilar-manicomial na política de saúde mental como uma importante faceta da lógica da medicalização

da vida. Interlocutoras relatam múltiplas internações - muitas vezes consecutivas e contra a sua vontade - em contextos marcados por violência conjugal, onde costuma prevalecer a palavra e desejo do companheiro, conforme ilustra o trecho: “*Ele queria que eu me internasse, senão ele ia me matar!*”. Observa-se que, mesmo quando os companheiros e outros familiares também faziam uso abusivo de álcool e outras substâncias de forma combinada e abusiva, havia uma tolerância diferenciada por parte da família quando o uso era realizado por eles, o que ilustra, mais uma vez, como operam as normas de gênero em todas as dimensões.

Esse cenário expressa uma tendência de lidar com o sofrimento das mulheres pela via do controle de seus corpos, do isolamento e da contenção medicamentosa - tendência percebida e relatada ao longo de muitas décadas de estudo (Cunha, 1989; Zanello, 2010; Pereira, 2019; Mazetto & Garcia, 2023). O que se nota é a reatualização dessa lógica, em que o sofrimento feminino continua sendo abordado principalmente pelo gerenciamento bioquímico dos corpos, em detrimento da compreensão de suas condições de vida (Conci, 2025). Experiências historicamente pauperizadas e atravessadas por desigualdades sociais, raciais e de gênero permanecem tratadas como doenças, reforçando uma leitura essencialmente organicista do sofrimento.

Segundo Passos (2018), a patologização da vida e a centralidade das internações configuram as diferentes maneiras pelas quais os manicômios se expressam na atualidade. Nesse sentido, as múltiplas internações relatadas não funcionam como estratégias de cuidado articuladas às suas condições de vida, mas sim como respostas padronizadas àquilo que escapa às normas sociais esperadas, como recursos violentos de controle social - que atingem, não à toa, corpos majoritariamente negros. As narrativas também evidenciam que, mesmo após experiências de internação forçada, o cuidado sustentado no cotidiano permanece majoritariamente individual e medicamentoso. Participantes afirmam que, mesmo sentindo-se solitárias, o remédio muitas vezes é a única estratégia que conseguem manter, assim como

hábitos individuais de autocuidado. Observa-se assim um empobrecimento das possibilidades de cuidado coletivo, comunitário e relacional, o que mantém a medicalização como principal resposta ao sofrimento. Quando não há melhora dos sintomas, a responsabilidade recai sobre os medicamentos prescritos, e não sobre sua realidade desumanizante e desumanizada: *“Tô muito deprimida, acho que o remédio não tá fazendo efeito”*.

Diante desse cenário, nota-se que o uso de substâncias e as experiências de sofrimento das mulheres as conduzem, frequentemente, a um ciclo de “medicalização da vida”, ou de “saudementalização da vida” (Costa, 2024). Trata-se de um fenômeno por meio do qual a sociedade estabelece como resposta prioritária a medicalização e a psicologização das vivências femininas, independente da relação com as drogas. Acontecimentos de natureza social, fragilidades relacionais, dificuldades financeiras e outros determinantes do sofrimento psíquico e do uso de substâncias, são frequentemente mistificados e reduzidos a categorias clínicas, destituindo o sofrimento de sua dimensão política, econômica e cultural. Passos e Silva (2021), argumentam que essa abstração do sofrimento de suas determinações sociais mais amplas “reduz todas as dores causadas pelo racismo e sexismo a um mero sintoma” (p. 83), promovendo a individualização de processos que são próprios da organização social. Recorrendo à ideia de Franca Basaglia, argumenta-se que as violências de gênero - e outras situações causadoras de sofrimento - são frequentemente ignoradas ou justificadas com base na suposta insanidade “natural” e “orgânica” das mulheres (Basaglia, 1987 citada por Kurchaidt et al., 2023). Em diálogo com a autora italiana, Costa (2024) nos relembra que simultaneamente ao aprofundamento da deterioração da vida - que se expressa por essa “epidemia de transtornos mentais” - se fazem cada vez mais presentes estratégias que possibilitem o lucro. Assim, privatiza-se o problema destinando-o ao campo “psi”, enquanto a sociabilidade capitalista permanece intacta e cada vez mais perversa. Essa reflexão não visa questionar a existência do sofrimento, mas a forma como este é compreendido, nomeado e abordado em nossa sociedade.

Como consequência, as intervenções assumem um caráter predominantemente individual, com presença recorrente de psicofármacos e internações no tratamento, independentemente das condições concretas de vida e das desigualdades estruturais enfrentadas por essas mulheres (Conci, 2025). As trajetórias, portanto, passam a ser marcadas obrigatoriamente por experiências violentas de manicomialização, ainda compreendidas e disseminadas como parte necessária do tratamento. Esses achados encontram eco em Queiroz e Prado (2012), que descrevem, historicamente, o modus operandi da sociedade: controlar mulheres em seus lares e corpos. As autoras destacam a dupla função dos medicamentos, que apesar de ser algo negativo e que mantêm as mulheres sob vigilância, também permite que habitem e inscrevam-se em uma determinada ordem social. O que se percebe é que essas mulheres têm suas vivências associadas a problemas orgânicos e psicológicos, e pouco é feito para transformar seus contextos, que permanecem adoecedores e desumanizantes. Mesmo quando buscam atender suas necessidades de alívio, relaxamento e socialização, as mulheres relatam recorrer a poucos recursos (inclusive às drogas), evidenciando o empobrecimento de suas relações sociais e da força da noção hegemônica de saúde mental: algo que é abstrato, psicológico, individual.

### **Tema 3 - Enfrentamentos e caminhos para a atenção psicossocial.**

Este último tema emerge a partir de excertos que sugerem um projeto estatal de cuidado que opera em descompasso com as necessidades identificadas e mencionadas pelas mulheres. Diante da potência percebida nos vínculos solidários - desde as pontuais relações comunitárias na infância até as trocas com outras mulheres no CAPS - esse tema ressalta a importância de estratégias que não sejam individualizantes ao longo do processo de busca pelo cuidado, denunciando que, sem essas estratégias, não será possível fazer enfrentamento à concepção hegemônica e psicologizante de saúde mental que criticamos. Nesse rumo, os fragmentos

também evidenciam falhas no percurso de efetivação da reforma psiquiátrica brasileira, dando pistas em relação ao que tem sido desconsiderado na produção de cuidado, de vida e de emancipação para as mulheres na atenção psicossocial. Apesar de desafiador, o cenário evidencia potências e abre caminhos para uma atenção psicossocial mais adequada à realidade brasileira, considerando a saúde integral das usuárias.

No subtema “*O descompasso com as necessidades concretas*” reúnem-se demandas explicitamente formuladas pelas participantes ao longo de suas narrativas, as quais não têm sido plenamente contempladas pelo Estado em detrimento da centralidade conferida ao “tratamento para o uso de drogas”. Trata-se de necessidades nomeadas, reconhecidas e reiteradas pelas mulheres como centrais - desde a infância até o encontro com o CAPS - mas que permanecem à margem das respostas institucionais ofertadas. Conflitos familiares persistentes, dificuldades financeiras, acesso limitado à educação, moradia e saúde, são descritos como elementos constitutivos de suas experiências, mas seguem pouco abarcados pelas políticas públicas.

De forma recorrente, as participantes descrevem trajetórias marcadas pelo desemprego, pela instabilidade laboral e pela inserção em trabalhos precários, como vendas informais, serviços em eventos, artesanato, serviços gerais e outras atividades sem garantias de direitos trabalhistas ou remuneração adequada. A ausência de uma atividade regular - inclusive aquelas estruturantes como estudo, hobbies, qualificação profissional - aparece como fator que as próprias participantes identificam como intensificador do sofrimento psíquico, como sintetizam as falas: “*É, trabalho e estudo... vou falar a verdade, é difícil hoje!*” e “*Meu deus, como eu queria trabalhar, ter meu dinheiro...*”. Ainda que as próprias participantes identifiquem esses aspectos como adoecedores, não se observam muitas respostas institucionais diretamente relacionadas a essa questão.

Nesse cenário, a oficina de geração de renda do CAPS aparece como uma alternativa que, ainda que de forma limitada, dialoga com a demanda por melhores condições financeiras.

Segundo Lussi (2009), para quem o trabalho é um recurso emancipatório, o ambiente acolhedor das oficinas de geração de renda costuma ter um potencial significativo de possibilitar novos aprendizados e resgatar desejos. Fazer parte dessa iniciativa nesse período de exclusão do mercado formal pode ser uma importante estratégia de inclusão econômica para mulheres que se encontram em situação de desvantagem social (Brasil, 2005), mas não deve isentar o Estado de fornecer outras respostas permanentes e que se sustentem a longo prazo. Tal cenário reforça o caráter pontual das respostas ofertadas nesse âmbito, que tendem a não se articular a políticas mais amplas de profissionalização, inserção laboral ou educação de jovens e adultos - permanecendo restritas ao campo da saúde (e nesse caso, ao CAPS).

Em um dos relatos, essa dimensão é explicitada ao se afirmar que a falta de trabalho impacta não apenas financeiramente, mas também emocionalmente, pois “*passar o dia inteiro enfiada dentro de casa*” intensifica sentimentos de solidão e desânimo. Esse cenário é agravado pela pouca sensibilidade das políticas públicas à lógica do trabalho informal, uma vez que a oferta de atendimentos e atividades institucionais costuma ocorrer em horários incompatíveis com essas formas de subsistência. Nota-se, assim, que as políticas tentam responder à demanda de sofrimento de forma mais imediata com suporte momentâneo, sem investir em estratégias contínuas capazes de promover autonomia e recomposição das condições de vida a longo prazo.

As narrativas também apontam para o desejo por dispositivos no território voltados especificamente para mulheres com demandas semelhantes, como espaços de lazer, convivência e pertencimento. Visto que a oferta de grupos e oficinas coletivas nem sempre contempla suas condições concretas - seja pela distância de suas residências, seja por não considerar suas rotinas, responsabilidades familiares e limitações de mobilidade - é fundamental que as respostas estatais se baseiem nas demandas trazidas e extrapolem a rotina formal dos serviços. Diante desse contexto, Costa (2024) enfatiza a necessidade de “desprivatizarmos” os processos de cuidado, defendendo a mobilização pela existência de

instituições de outros setores que incentivem práticas de lazer, esporte, cultura e o fortalecimento de uma “socialização mais humanizada” nas comunidades - especialmente fora do campo da saúde. Destaca-se que no ano de 2024, através da Portaria GM/MS nº 5.738/24, o Ministério da Saúde instituiu os Centros de Convivências no âmbito da atenção psicossocial, com vistas a "realizar ações de incentivo à autonomia, ao protagonismo, à coletividade e à contratualidade entre usuários da RAPS". Esse dispositivo se pretende uma iniciativa potencializadora da socialização para usuários de saúde mental, e representa, a nosso ver, um avanço para as usuárias e uma possibilidade de abrir brechas na institucionalidade.

Demandas relacionadas ao cuidado com os filhos e disputas de guarda e à atuação do sistema de justiça aparecem de forma recorrente e explícita. As participantes descrevem sofrimento intenso diante da perda ou ameaça da perda da guarda, bem como dificuldade de respostas institucionais sensíveis às suas trajetórias de violência. Em fragmentos como: "*Minha salvação foi que a minha menina mais velha pegou [a guarda] (...). Pra ela não parar numa família estranha!*" a participante relata que, após vivências de ameaça por parte do ex-marido, tem medo constante de perder a guarda dos filhos ou netos na justiça, que tem se organizado a partir de políticas familistas - que atribuem à família a centralidade do cuidado e da proteção social, ao mesmo tempo em que deslocam do Estado a responsabilidade pela garantia de condições materiais básicas (Souza, 2024) - e punitivas, desconsiderando as desigualdades de gênero e as condições materiais das mulheres; um cenário que, na prática, recai de forma desigual e punitiva sobretudo sobre elas, visto que são, via de regra, as principais cuidadoras de suas famílias. Situações de violência também atravessam de forma contundente as trajetórias, como exposto anteriormente, sendo frequentemente associadas ao afastamento dos filhos. Os relatos indicam que, embora haja acesso pontual a serviços especializados, as violências nem sempre são acompanhadas a longo prazo, permanecendo como fonte contínua de sofrimento e produzindo perdas materiais e patrimoniais. Também se destaca que, diante da desassistência,

muitos efeitos das violências nunca cessaram: *“Isso destrói sua estrutura, isso adocece, isso mata. Se a pessoa não te mata, isso faz você se matar”*.

Nesse subtema, a solidão, o empobrecimento das redes afetivas e a ausência de perspectivas de futuro também emergem como importantes indicadores, como ilustra o fragmento: *“Não tenho uma amiga que me ligue, que me mande mensagem. Ninguém pra dizer ‘eu te amo!’*”. Relatos sobre o medo do futuro e a falta de vínculos afetivos reforçam a percepção de que intervenções estritamente individuais não têm sido suficientes para responder às suas necessidades, operando em descompasso com o que é esperado pelas usuárias das políticas. Somadas a isso, a ampliação dos projetos de vida e dos laços aparecem também como demandas reiteradas, sendo o CAPS percebido constantemente como uma potência justamente por possibilitar alguns encontros e algum pertencimento, ainda que de forma limitada. Mesmo assim, as trajetórias demonstram que as políticas públicas, de forma geral, tendem a negligenciar essas questões, fornecendo respostas focadas nas mulheres individualmente e não em seus contextos.

As trajetórias indicam que, mesmo quando as necessidades psicossociais são reconhecidas pelas próprias mulheres, o cuidado ofertado - especialmente na saúde - tende a se restringir à remissão dos sintomas associados ao uso de substâncias. A compreensão de que o CAPS é um espaço destinado prioritariamente ao tratamento da bebida ou do uso abusivo aparece internalizada, como quando se afirma que a busca pelo serviço ocorreu *“por conta da bebida”*, mesmo diante de outras demandas centrais. Diante de dificuldades relacionais e amorosas, frequentemente associadas a conflitos conjugais, a medicação tem sido a principal resposta ofertada. No entanto, seus efeitos colaterais têm impactado significativamente as usuárias: *“A medicação tira meu libido. Atrapalha. (...) Tá atrapalhando meu casamento, afetando nossa convivência!”*. Nota-se que o foco no sintoma acaba por desconsiderar a

demanda central trazida pela usuária, aprofundando os conflitos que motivaram a busca pelo cuidado.

Ainda, nota-se que demandas referentes às condições socioeconômicas das mulheres e suas famílias também não têm sido contempladas, mesmo que visíveis. Dados dos prontuários das participantes (ver Tabela 6) ilustram que poucas mulheres acompanhadas no serviço participam de programas de transferência de renda. Ainda, observa-se que, embora as mulheres mencionem o acesso a serviços da assistência social como o CRAS, por exemplo, esse contato aparece restrito, majoritariamente voltado à obtenção de benefícios e regularização de documentos para o passe-livre, não sendo relatado o acesso a outros programas ou ações do SUAS. Ainda, o contato só aparece por mediação de trabalhadoras do CAPS, que fornecem as informações e orientações necessárias para que sejam atendidas. Essa realidade dialoga com outros achados que apontam não só para o contato pontual das mulheres com esses serviços como também para desconhecimento sobre o papel e funcionamento dos equipamentos da rede como um todo (Queiroz & Prado; 2018; Azevedo & Gomes, 2023). Fica claro que há uma fragilidade na articulação das políticas, de forma que o cuidado é ofertado de forma fragmentada e as usuárias demonstram dificuldade de acessar os serviços sem o apoio de trabalhadores do CAPS. Isso nos leva a indagar se os serviços do Estado estão de fato preparados para acolher mulheres que usam drogas e avaliar suas necessidades psicossociais ou se elas estarão sempre dependentes do CAPS para acessar sua cidadania.

Em sintonia com os nossos achados, Santos et al. (2022) identificaram que dos 25 tipos de procedimentos realizados nos CAPS do DF, os mais prevalentes são: atendimento individual, oficina terapêutica e atendimentos em grupo. O procedimento referente à promoção de contratualidade - que normalmente se refere a atividades realizadas no território - representou apenas 0,7% das ações registradas nos sistemas de informação. Essa realidade também se articula às reflexões de Silva (2013), que aponta que grande parte dos Planos Terapêuticos

Singulares privilegiam essas mesmas atividades, enquanto as usuárias apontam ser essencial perceber diversidade na oferta de estratégias de cuidado. Através dos relatos, evidencia-se que, mesmo conhecendo a natureza contextual e diversa de suas necessidades, as usuárias do CAPS procuram (ou aprendem a procurar) um acompanhamento que privilegia intervenções individuais, promovendo a remissão de sintomas do “vício” ou do uso abusivo de substâncias, focando em um suporte pontual e imediato. O acesso a outros serviços e respostas coletivas e/ou estruturais acabam ficando negligenciados não só pela RAPS, mas pelas políticas públicas em geral. Bolzan (2015) e Queiroz e Prado (2018) reforçam a importância de um cuidado atento não só ao território, mas à complexidade de vida das mulheres, destacando que o compasso entre demandas explicitadas e respostas ofertadas pode ser reflexo e efeito de uma narrativa institucional que limita as possibilidades de escuta e intervenção. É preciso, portanto, que essas mulheres possam falar e, principalmente, que sejam ouvidas sobre si mesmas. Mesmo que as atividades ofertadas pelos serviços especializados desempenhem papel fundamental no acolhimento das usuárias, a desinstitucionalização, enquanto paradigma da reforma psiquiátrica, exige a desconstrução e reconstrução permanentes das práticas, implicando, inclusive, a defesa de uma transformação que ultrapasse os limites institucionais, operando “para além dos muros dos serviços de saúde mental” (Cedraz & Dimenstein, 2005, p. 306). Entretanto, a insuficiência de recursos humanos e condições condizentes com as necessidades concretas das usuárias limita a ampliação e diversificação das atividades, perpetuando ações desalinhadas em relação à complexidade e integralidade de suas demandas.

No subtema “*A potência da coletividade (feminina) para a auto-organização*”, mobilizamos fragmentos que expressam a centralidade das redes de apoio nas trajetórias investigadas, compreendidas como um recurso essencial para a transformação de suas condições de vida. Em momentos de maior vulnerabilidade e sofrimento, elas mencionam, antes mesmo de qualquer política pública, a importância do afeto, da conexão e do suporte advindo

de suas redes relacionais - especialmente de outras mulheres. Relatos sobre a presença de avós, primos, amizades significativas e, de modo particular, das relações entre mães e filhas, evidenciam como o apoio social foi fundamental em diferentes momentos, ainda que essas relações não tenham sido contínuas ou estáveis ao longo do tempo. As relações intergeracionais entre mulheres aparecem como espaço de transmissão de força, cuidado e pertencimento, funcionando em muitos casos como sustentáculos emocionais. Nesse sentido, o subtema evidencia também a união e a articulação espontânea entre mulheres - especialmente no grupo de mulheres do CAPS - como um potente recurso de organização coletiva e política, sendo este um recurso essencial (a nosso ver) para a transformação da realidade.

Diante da grande demanda de solidão presente nos relatos, observa-se que as relações que foram possíveis proporcionaram a retomada da motivação, da autoestima e do sentido da vida. Tal movimento se expressa em fragmentos como: *“O único lugar abaixo de Deus que me ajuda é a casa da minha mãe”* e *“Até hoje... Acho que até hoje eu tenho a força porque ela tá do meu lado”*, em que participantes exaltam o papel motivador das relações com outras mulheres de sua família. Longe de atender a todas as suas necessidades, a união entre familiares e colegas da comunidade tem, no mínimo, possibilitado ampliação das estratégias de reorganização. No fragmento *“Eu sinto que pertencço à irmandade da igreja”* se evidencia como as instituições religiosas são importantes atores sociais, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade e escassez de laços; e a chegada ao CAPS também foi decisiva nessa construção dessas redes de apoio, que agora se sustentam por relações mais recíprocas e horizontais: *“Eu já cheguei muitas vezes aqui derrubada, e o abraço daquela princesa ali me levanta, entendeu? Eu me renovo!”*, conta uma das participantes referindo-se a uma trabalhadora do serviço com quem construiu um importante laço afetivo para além dos muros institucionais.

Por viverem no mesmo território, é comum que trabalhadoras e usuárias consigam descobrir espaços compartilhados de cuidado e pertença – o que pode ser visto como uma

potente estratégia de redução de danos e de produção de vida, visto que desloca o cuidado das instituições em direção ao cotidiano em que a vida acontece. Esse cenário dialoga com Lancetti e Amarante (2006), para quem o lugar privilegiado para tratamento de "pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedade é o bairro, as famílias e as comunidades (...)", e não mais o hospital. Para tanto, a relação construída entre as usuárias e trabalhadoras do CAPS e outros serviços próximos à sua residência é recurso fundamental.

De forma consensual, as participantes relatam que o comparecimento no grupo de mulheres, diferente de todos os demais, têm favorecido a possibilidade de verbalizar, elaborar e pensar coletivamente sobre o próprio sofrimento, bem como de construir alternativas compartilhadas: *"(...) é meu espaço social, sabe? Aqui a gente não é julgada, analisada, criticada"*, afirma uma entrevistada que não tem conseguido se sentir acolhida em outros espaços devido ao julgamento e à falta de compreensão. Nota-se que, diferentemente de vínculos construídos ao longo da vida, as relações estabelecidas entre pessoas com demandas semelhantes apareceram como mais permanentes e protetivas, inclusive em momentos de crise e maior julgamento social, o que contribui para o fortalecimento da confiança e da permanência nesses espaços. As participantes relatam, com reconhecimento, que o grupo de mulheres tem se constituído como espaço de acolhimento e partilha, favorecendo trocas sobre autocuidado e a problematização de temas relevantes ao seu processo de cuidado. Mencionam, ainda, discussões sobre passeios realizados, vídeos assistidos e reflexões construídas coletivamente, ao mesmo tempo em que lamentam que tal espaço de convivência e elaboração se restrinja ao âmbito do CAPS.

Além da possibilidade de escuta sem julgamentos, os fragmentos demonstram que, nesse ambiente, as mulheres não são simplesmente convocadas ao cuidado do outro em detrimento de si próprias, pois há reciprocidade e interesse pela troca e compartilhamento das vivências. Nesse contexto, os espaços de convivência, intra e extra-serviço, assumem relevância

ao favorecerem um interesse genuíno pelas mulheres e por suas trajetórias, sem a centralidade reducionista do uso de drogas. Tal perspectiva articula-se à proposta de “colocar a doença entre parênteses” (Basaglia, 2005), possibilitando, no âmbito coletivo, deslocá-las da invisibilidade e da névoa produzida por rótulos e estigmas, para que sejam reconhecidas em sua complexidade e singularidade. Ao se reunirem, mulheres se autorizam a despir suas máscaras, deparando-se com aquilo que são, para além das identidades cristalizadas pelo sofrimento e pelo uso de drogas. Esse movimento aparece explicitamente nos relatos: “*Houve partilhas aqui de muita fé (...) de derrubar mesmo as máscaras e ser verdadeiramente você. Pra mim isso é amor verdadeiro!*”, que evidenciam a potência afetiva e simbólica desses encontros. Mais do que uma ferramenta para lidar com a grande quantidade de atendimentos, as estratégias grupais aparecem como potentes pois “propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos” (Onocko-Campos & Gama, 2008, p. 230). No caso das mulheres, em particular, a experiência de compartilhar o grupo com outras mulheres configura-se como dimensão fortalecedora e inspiradora, potencializando identificação, apoio mútuo e construção coletiva.

É nesses momentos compartilhados que o contato com outras colegas desperta interesse por suas próprias histórias e trajetórias, especialmente quando se percebe que há vivências de vulnerabilidade semelhantes. Tal achado dialoga com Lima (2017), que aponta que “mulheres negras nos mais diferentes lugares, institucionalizadas ou não, sempre se organizaram, produziram coletivos, alimentaram práticas de solidariedade, expressando fortemente o que chamamos de irmandade” (p. 84). Observa-se que esse movimento não se restringe à manutenção do grupo existente, mas aponta para um desejo ativo de expansão dos espaços coletivos - que se manifesta pelos convites e propostas de agregar outras mulheres para que se sintam pertencentes assim como elas próprias passaram a se sentir. Esse processo se percebe no trecho: “*A gente tá se tornando mais amigas com isso tudo (...) Algumas vem acompanhar seus*

*esposos, outras porque precisam desse grupo. É um espaço só pra gente!*”, que indica a força desse espaço conhecido como legítimo, acolhedor e intencionalmente aberto à entrada de novas mulheres, mesmo que não tenham necessidades relacionadas ao uso de substâncias.

As usuárias também demonstram através de seus relatos enorme criatividade para (re)descobrir o próprio autocuidado e autoestima quando estão nesse espaço protegido, trocando frequentemente sobre relacionamentos, família, maternidade, trabalho e sobre o que fazem do seu cotidiano. Frequentemente, convidam umas às outras para irem à feira, ao salão, à igreja, ao bar, como ilustram as falas: *“Eu só gosto desse grupo (...) A gente tem que criar os nossos espaços. Quem sabe jogar vôlei?”* e *“Você pode me chamar, o churrasquinho (...) eu vou com você!”*. A troca de convites expressa não apenas o desejo de convivência, mas a ampliação dos territórios de circulação, lazer e pertença produzida pelo grupo. Longe de romantizar o afeto e o amor na trajetória das mulheres - que muitas vezes significaram abdicação e opressão - o que se percebe é que o fortalecimento de vínculos entre pares se configura como um recurso de organização política, ainda que não intencional. O encontro entre mulheres no CAPS possibilita, por exemplo, a reivindicação de direitos umas das outras e a circulação de informações relevantes sobre acesso a serviços, documentação, benefícios, transporte público e lazer. Esse pertencimento fortalece subjetiva e politicamente as participantes, ampliando seu acesso a informações e espaços historicamente negados. Ressalta-se, ainda, que o corpo técnico do serviço é majoritariamente composto por mulheres, o que contribui significativamente para o fortalecimento desse sentimento e para a naturalidade com que se organizam espontaneamente para propor temas, atividades e estratégias de acolhimento.

A literatura aponta que a ausência de suporte social e familiar para mulheres que fazem uso de álcool e drogas é recorrente (Naomi et al., 2016; Limberger et al., 2015), sendo comum que suas principais redes de apoio sejam constituídas por colegas e amigas (Nóbrega & Oliveira, 2005). Esse cenário, associado à força das redes solidárias construídas pelas próprias

mulheres, dialoga com Passos (2011), que destaca a participação histórica e majoritária de mulheres em movimentos e organizações antimanicomiais, tanto em espaços políticos quanto em arranjos informais de cuidado. Ainda assim, essa tendência não deve isentar a convocação dos homens para a corresponsabilização pelo cuidado, sendo fundamental construir novos modelos de coletividade, em que todos possam cuidar e ser cuidados. Segundo Queiroz e Prado (2012), a vivência em grupos de mulheres em acompanhamento no CAPSad possibilita a coletivização das experiências, o compartilhamento de saberes e a construção de redes solidárias e recíprocas, além de favorecer reflexões sobre as condições específicas das mulheres na sociedade, promovendo processos de conscientização a partir de uma perspectiva de gênero. Nessa ótica, esses espaços devem ser progressivamente fortalecidos e incentivados, mediante sensibilização dos trabalhadores e da comunidade quanto à sua relevância.

Se a Reforma Psiquiátrica brasileira se orienta pelos princípios da desinstitucionalização e de emancipação dos usuários, torna-se imprescindível incentivar o engajamento dessas mulheres em outros espaços de pertencimento social e de produção de vida (Costa, 2024) para que o processo de cuidado não se restrinja à mera retirada das usuárias de hospitais psiquiátricos sem a garantia efetiva de liberdade (Guimarães et al., 2018, p. 101). Apoiar a auto-organização das mulheres, ainda que inicialmente por meio do fortalecimento dos espaços grupais e da dimensão coletiva, constitui estratégia de enfrentamento ao modelo manicomial, historicamente ancorado em práticas segregatórias e na lógica do isolamento como proposta terapêutica. Mais do que um dispositivo clínico, ao possibilitar que as mulheres conheçam e ocupem, juntas, novos espaços em seus territórios, o grupo de mulheres configura-se como recurso político fundamental ao processo de desinstitucionalização.

Essa perspectiva dialoga com a ideia de Martín-Baró (2017) que aponta a saúde mental não como atributo individual, mas como produto das relações sociais e do caráter humanizador ou alienante das estruturas relacionais. Acompanhar mulheres em uso de substâncias exige,

portanto, conhecer seu cotidiano, saber onde dormem, com quem se relacionam e com o que sonham, o que pressupõe interesse genuíno por suas histórias (Souza et al., 2016). Quando o Estado falha em contemplar essa concretude da vida, as relações sociais surgem como recurso potente de cuidado - recurso que deve, inclusive, integrar o PTS e ser reconhecido como estratégia clínica e política de atenção à saúde.

Por fim, se o rompimento e a instabilidade dos vínculos ao longo da vida são apontados como importantes determinantes do sofrimento e do uso prejudicial das substâncias, nota-se que é a partir da construção de novos vínculos que essas mulheres passam a se sentir fortalecidas novamente. Em trajetórias marcadas por exclusão e abandono social, onde se privilegia o papel unilateral de cuidadora, cultivar relações entre pares pode ser um grande fator protetivo no itinerário de cuidado, ainda que seja necessário problematizar a romantização do afeto como algo intrinsecamente feminino. A transformação de suas condições de vida tem se mostrado possível sobretudo quando pensada de forma coletiva, uma vez que são as próprias mulheres que, concretamente, tem se interessado pela vida e história umas das outras, se disponibilizando para enfrentar os problemas quando a família se afasta (Silva & Lyra, 2015). Assim, os espaços grupais configuram-se como potencializadores de cuidado, de objetivos comuns e novas formas de prazer, com ou sem o uso de substâncias (Cunha et al., 2024). Produz-se assim uma "política do cuidado de si": ao falar sobre as violências e discriminações - racistas, machistas e proibicionistas - sofridas, e também de seus projetos e desejos, as mulheres assumem um papel ativo em relação à gestão da própria vida.

Analisar histórias também implica perceber aquilo que não é dito, o que aparece apenas nas entrelinhas ou se expressa por meio de silêncios e lacunas. Nesse sentido, o subtema "*Ausências ativas e horizontes para a integralidade*" não se debruça necessariamente sobre demandas diretamente formuladas, mas sobre elementos ausentes ou naturalizados nas narrativas e na produção de cuidado, que operam ativamente na organização das trajetórias.

Nota-se que o cuidado ofertado no âmbito da atenção psicossocial ainda deixa escapar muitos aspectos e necessidades das mulheres usuárias do serviço, reiterando limites já apontados ao longo deste trabalho. Se até aqui o foco esteve em necessidades explicitadas pelas mulheres - cujas respostas não têm sido exatamente adequadas - este subtema relembra que nem tudo que produz sofrimento aparece como demanda. As participantes apresentam histórias marcadas por complexos desafios, atravessadas também por vivências constantes de violência, exclusão social e precarização das condições de vida. Ainda que densas e complexas, suas narrativas expressam ausências constantes que aparecem - ou deixam de aparecer - em suas falas. Essas ausências não se configuram apenas como simples vazios, mas assumem um papel estruturante, produzindo e reproduzindo vulnerabilidades e efeitos concretos.

Um aspecto recorrente já mencionado diz respeito à sobrecarga feminina no exercício dos papéis de cuidado, que evidencia ausências raramente explicitadas ou problematizadas: a ausência paterna e de figuras masculinas como participantes ativos da dinâmica familiar e a omissão do "Estado como agente (ir)responsável na condução de determinados serviços, ações, direitos e recursos" (Fernandes, 2020, p. 209). Embora apareçam nos relatos como provedores financeiros, companheiros ou, comumente, perpetradores de violências, esses homens não são mencionados como participantes do cuidado cotidiano, mesmo quando são pais. Participantes relatam ter criado seus filhos de maneira solitária e, posteriormente, também assumido o cuidado dos netos e conhecidos, expressando angústia diante da percepção de que não há mais ninguém disponível para exercer essa função: "*Na minha falta, quem vai cuidar dele? Essa tem sido minha preocupação*". Essa ausência masculina no cuidado familiar reforça a centralidade das mulheres como cuidadoras exclusivas e amplia sua sobrecarga emocional, física e material, e evidenciando um ponto que segue escapando às estratégias da Reforma Psiquiátrica (Passos, 2011). A atribuição do trabalho reprodutivo às mulheres desonera conjuntamente homens e Estado quanto à implementação de políticas públicas voltadas à sobrevivência de crianças e ao

cuidado de pessoas com deficiência, idosas e outros familiares - evidenciando uma omissão reiterada por relatos de mulheres que abdicam de seus próprios projetos de vida. Tal dinâmica articula-se à incorporação do patriarcado ao capitalismo, estruturado pelo controle diferenciado de comportamentos femininos e masculinos e pela centralidade da família heterossexual monogâmica - que produz inevitavelmente a subalternização das mulheres, especialmente das mulheres negras (Pereira, 2019; Mattos, 2017).

Nesse contexto, delineia-se, ainda que de forma implícita, uma demanda por suporte institucional ao cuidado de filhos e netos, particularmente quando as mulheres narram as dificuldades de adesão ao acompanhamento em saúde diante da ausência de redes ou serviços que compartilhem tais essas responsabilidades. Passos (2013) tensiona essa questão ao indagar: “se os cuidados dos doentes são transferidos para as mulheres, como um novo paradigma que defende a liberdade, a cidadania e a autonomia, pode estar reproduzindo a opressão sobre as mulheres?” (p. 3). Esse deslocamento das responsabilidades para as mulheres incide diretamente o próprio projeto de RP, que encontra entraves para operacionalizar estratégias de apoio ao exercício do cuidado. Embora tal apoio esteja previsto pela Política Nacional de Cuidado, instituída pela Lei nº 15.069/24, a qual visa "garantir o direito ao cuidado, por meio da promoção da corresponsabilização social e entre homens e mulheres pela provisão de cuidados" (Brasil, 2024), o cotidiano evidencia que há um amplo percurso a ser construído nos planos cultural, político e institucional. Os fragmentos analisados mencionam, predominantemente, iniciativas engendradas pela própria comunidade e suas redes solidárias voluntárias. Como aponta Primos (2025), o acesso a vagas em creches públicas ou a adaptação dos serviços para acolher crianças pode constituir um facilitador decisivo para que mulheres exerçam o direito à saúde integral, “uma vez que a ausência de local para deixá-las foi apontada como obstáculo” (p. 90). Torna-se, assim, fundamental fortalecer essas estratégias, ainda que incipientemente incorporadas ao cotidiano institucional.

Em diálogo com esse aspecto, também se evidencia nos relatos a fragilidade da participação das famílias nas trajetórias narradas. Essa ausência não apenas aponta o seu distanciamento do processo terapêutico, mas revela limites do Estado em acessá-las, fazendo com que a responsabilização recaia quase exclusivamente sobre o serviço e as próprias mulheres. Ainda que não seja formulada de maneira explícita pelas usuárias, nota-se a necessidade de ações voltadas ao apoio às famílias, que muitas vezes carecem de informações, sensibilização e suporte para compreender e lidar com as questões vivenciadas por essas mulheres. Diante disso, o apoio informacional assumiria um papel estratégico, não apenas no fortalecimento do cuidado, mas também como um promotor de transformações culturais importantes - e urgentes - acerca da temática, possibilitando que essas mulheres sejam menos estigmatizadas e condenadas em seus contextos familiares e comunitários.

Esse cenário tensiona a centralidade do PTS como ferramenta clínica que opera como direcionador dos objetivos do cuidado e que deveria ser construído de forma compartilhada (Rasch et al., 2015). Onocko-Campos e Gama (2008) reforçam que a implicação da família na formulação do PTS é fundamental para a distribuição de responsabilidades. No entanto, sua ausência dificulta essa partilha e restringe o cuidado ao âmbito institucional, o que aponta para a necessidade de o Estado ofertar maior apoio e incentivo a estratégias informativas e educativas junto às famílias, ainda que de forma pontual. Enquanto discursos midiáticos e grandes canais de comunicação têm enfatizado cada vez mais aspectos negativos relacionados ao uso de drogas (Macedo et al., 2015) - associando à violência, à desordem, à marginalidade - é preciso construir outras narrativas que promovam educação em saúde e apoio social.

Outro elemento que emerge nos relatos refere-se à escassez de espaços pensados e construídos por e para mulheres no âmbito da rede intersetorial. As participantes formulam de maneira explícita a percepção de que o grupo de mulheres do CAPS constitui, muitas vezes, o único espaço disponível para elas, questionando a limitação de recursos e sinalizando a

necessidade de ampliação dessas ofertas, como se observa nos fragmentos: “*O que que tem pra gente além do grupo de mulheres?*” e “*Não tem outros espaços pra gente. A gente pode jogar bola?*”. Essa demanda explícita - de que “só tem esse grupo” - evidencia uma demanda implícita por outros espaços de socialização e de construção de vínculos seguros, que extrapolem os limites do CAPS – espaços onde possam conversar, se divertir, praticar esportes, fazer amizades. Ainda que não formulada nesses termos, as falas apontam para a necessidade de ambientes em que essas mulheres possam circular sem julgamentos, objetificações ou desqualificações – experiências frequentemente associadas aos grupos mistos. Ao mesmo tempo em que reconhecem as relações positivas construídas com outras usuárias e com as trabalhadoras do serviço, as participantes expressam frustração diante da fragilidade de iniciativas formais para elas, evidenciando uma lacuna que obstaculiza a consolidação de vínculos sustentadores do cuidado. Nesse horizonte, a experiência do grupo de mulheres não deve ser compreendida como ação isolada, mas como dispositivo passível de replicação e articulação. Sua potência aponta para a necessidade de que outros serviços incorporem e ampliem estratégias semelhantes, instituindo parcerias que assegurem a continuidade e expansão de espaços para esse público.

A inexistência de programas e projetos que contemplem o acesso ao trabalho e à subsistência no âmbito da rede intersetorial emerge de forma contundente nos relatos: “*Como é que eu vou sobreviver, como vou poder ver meu filho, pagar as contas? Não tem como eu continuar viva, eu fiquei sem casa, sem emprego, sem salário!*”. Evidencia-se, igualmente, a escassez de dispositivos voltados à geração de renda e ampliação das atividades culturais e territoriais no PTS das mulheres. Para além da oficina ofertada pelo serviço e do bazar organizado por trabalhadoras e usuárias, não se mencionam, no território, iniciativas estruturadas que promovam concretamente a autonomia econômica das mulheres, como espaços de profissionalização e qualificação para o trabalho autônomo. Na realidade do DF, a

relação entre os CAPS e áreas como educação, cultura, emprego e lazer permanece incipiente (Santos & Pires, 2021), revelando não apenas fragilidades institucionais, mas importantes lacunas nas ofertas destinadas às usuárias, que dispõem de poucas oportunidades de formação, capacitação e inserção econômica no território. Nesse cenário, a informalidade e estratégias de geração de renda configuram-se como alternativas mais acessíveis, pelo menos em um primeiro momento. Conforme assinala Pacheco (2008), a inserção de usuários da Saúde Mental nessas iniciativas pode favorecer o trabalho autogestionado e o fortalecimento de redes de apoio e solidariedade. Além disso, proporciona o resgate da autoestima e de trocas com o tecido social. À luz das reflexões de Franco Rotelli, ainda se destaca que aprender a ler, escrever e lidar com dinheiro, apesar de aspectos desvalorizados com frequência no processo de reabilitação psicossocial, são aspectos imprescindíveis. Nesse sentido, e diante da negligência em relação ao processo de reinserção laboral de usuários da saúde mental, torna-se necessário não apenas a criação de alternativas autônomas de trabalho, mas também a reavaliação dos percursos de reorganização e adaptação às atividades laborais (Saraceno, 2001). Ao mesmo tempo que essa demanda aparece negligenciada, a potência das experiências relatadas - mesmo de forma limitada - revela o quanto esses dispositivos podem ser um potente espaço de produção de vida e de pertencimento, reforçando o argumento de que a emancipação dos usuários está intrinsecamente relacionada ao acesso a direitos fundamentais como casa, trabalho e socialização (Lussi, 2009; Rotelli, 2000). Possibilitar que esses espaços existam, no CAPS e fora dele, é um passo fundamental para garantir a reabilitação psicossocial dessas usuárias. Não obstante, a ampliação de oportunidades de estudo e trabalho deve estar articulada a transformações nas dinâmicas de cuidado doméstico e familiar, de modo a evitar a reprodução de sobrecargas históricas e assegurar que a inserção produtiva se realize em condições efetivamente emancipatórias

Somam-se a esses aspectos a naturalização da força e centralidade das CTs nas trajetórias das mulheres, o que revela (dentre outros) a ausência de dispositivos territoriais capazes de enfrentá-las. Santos e Pires (2021) apontam que os CAPS se articulam majoritariamente com setores da saúde, da assistência social e da justiça, destacando também o “antagonismo cooperativo” entre CAPS e CTs. Segundo os autores, os CAPSad têm operado como portas de entrada para essas instituições, o que reflete a negligência do Estado - ou melhor, o projeto de remanicomialização em curso. Ainda, cumpre lembrar que a rede do DF só conta com uma Unidade de Acolhimento (UA) – com 12 vagas - e que os abrigos vinculados ao SUAS nem sempre conseguem suprir a demanda existente. A incipiência de relatos de internação em hospitais gerais ou de permanências transitórias em outros dispositivos da RAPS, associada à recorrência de experiências em Comunidades Terapêuticas, indica que, apesar dos avanços na recomposição da rede, CTs, HPs e clínica privadas seguem se destacando como principais recursos de internação diante da escassez de alternativas públicas (Pitta, 2011; Costa et al., 2021). Ainda que as usuárias mencionem articulações, sobretudo no âmbito do SUS e do SUAS, também se nota a persistência de dificuldades dos serviços em lidar com mulheres que usam drogas.

Além das ausências previamente mencionadas, evidencia-se uma lacuna em torno de discussões abertas e reflexivas sobre o uso não prejudicial de drogas. Coletivamente, as mulheres parecem incorporar discursos moralistas e religiosos que permeiam suas vivências; e embora as trabalhadoras do CAPS conduzam grupos de forma acolhedora e crítica, tensionando concepções tradicionais, muitas mulheres demonstram constrangimento ao abordar vivências com as drogas que contrariem os valores compartilhados pelas demais e pela sua comunidade. Relatos que questionam a criminalização das drogas - apontando outras possibilidades de relação com as mesmas - frequentemente recebem comentários como: “*Deus vai te curar, irmã*”, ilustrando o imperativo da cura e da conversão à abstinência. Tal restrição produz um

importante silêncio, autocensura, limita a produção coletiva de saberes e fragiliza a autonomia das mulheres (Fiore, 2012). A dinâmica não se explica apenas pelas normas e valores da população, mas se articula com a presença de políticas públicas que tendem a reforçar esse discurso moralizante. Historicamente, a inserção e financiamento das CTs, por exemplo, consolidaram concepções morais sobre o uso de drogas, restringindo espaços de educação e reflexão autônoma (Castro et al., 2021), de modo que as mulheres internalizam a culpa e o discurso, reproduzindo-os. A ausência de espaços de informação e troca não indica desinteresse, mas revela, a nosso ver, a naturalização do discurso proibicionista amplamente disseminado. Em diálogo com Passos e Souza (2011), afirma-se que tal ausência opera restringindo possibilidades de escolha e limitando o cuidado à abstinência como horizonte único, dificultando decisões informadas e situadas. Enquanto a abstinência se articula à proposta de remissão de sintomas e ajustamento, as autoras apostam na redução de danos, que tem “como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si” (Passos & Souza, 2011, p. 160).

Essa mesma lógica atravessa vivências relacionadas à sexualidade, frequentemente centradas nos relacionamentos conjugais e nos companheiros, reiterando a ideia de que a sexualidade (assim como a existência) feminina é reconhecida apenas no âmbito do casamento heterossexual (Ongaro-Basaglia, 1987; Kurchaidt et al., 2023). Experiências fora desse enquadramento heteronormativo emergem apenas nas entrevistas individuais, evidenciando o peso dos valores que regulam o que pode ou não ser verbalizado publicamente sobre desejo. Tal dinâmica denuncia a inexistência de espaços culturalmente abertos e seguros ao exercício da autonomia sexual das mulheres, reforçando a necessidade de estratégias de cuidado que permitam elaborar a sexualidade para além da norma conjugal, da obrigação reprodutiva e das expectativas de gênero historicamente impostas.

É fundamental ressaltar que as ausências apontadas neste subtema não se referem à falta de compromisso dos trabalhadores ou à RAPS em si, mas ao seu sucateamento sistemático por parte do Estado, que tem se demonstrado pouco efetivo no fortalecimento dos serviços e dos espaços formativos. Ao denunciar fragilidades na produção de cuidado, evidencia-se, na verdade, a persistência de lacunas inseridas em um projeto proibicionista mais amplo, historicamente tensionado e enfrentado por trabalhadores, movimentos sociais e grupos organizados de usuários. Os fragmentos analisados demonstram que as equipes atuam com inventividade, resiliência e forte implicância ética, muitas vezes sem o devido apoio financeiro, formação continuada ou condições adequadas de trabalho. Esses relatos evidenciam, assim, a importância de se abordar as necessidades dos trabalhadores da RAPS nos planos estrutural, técnico e político – demandas historicamente negligenciadas. Segundo o relatório “Saúde Mental em Dados” (Ministério da Saúde, 2024), diversos cursos de qualificação, oficinas e estratégias de Educação Permanente têm sido ofertados aos trabalhadores da RAPS. Entretanto, é imprescindível que tais iniciativas considerem a realidade dos trabalhadores, assegurando carga horária protegida e respaldo institucional para participação. O redimensionamento e a recomposição da RAPS configuram, portanto, uma urgência, expressa de maneira implícita nos fragmentos analisados.

Outro aspecto identificado sobre as usuárias refere-se à dificuldade de serem conhecidas como sujeitos que desejam, sonham e projetam. A fala “*Pouca gente me pergunta isso. Nem minha psicologia me pergunta isso, “quais são seus sonhos, projetos?”*” evidencia a persistente dificuldade de compreendê-las para além de suas identidades cristalizadas como “usuárias de drogas”. Essa redução subjetiva limita a construção de possibilidades de existência e reforça processos de sujeição que as aprisionam em papéis historicamente atribuídos às mulheres, como objetos do patriarcado, reprodutoras, força de trabalho e responsáveis pela manutenção da vida

de terceiros (Saffioti, citada por Ribeiro, 2020). Nesse sentido, construir novas identidades torna-se dimensão central do cuidado.

Embora o desejo por melhorias e novos projetos esteja presente, observa-se que tais reivindicações raramente se vinculam aos espaços de participação ou controle social - mesmo que a participação social seja um eixo estruturante do SUS e da RAPS. Essa ausência não deve ser interpretada como desinteresse político, mas como efeito histórico de silenciamento e distanciamento do Estado enquanto espaço de pertencimento. Torna-se, portanto, essencial que essas mulheres tenham acesso a dispositivos nos quais seus desejos e identidades possam ser reconhecidos. Para Amarante e Torre (2018), a construção do protagonismo implica sair da condição de objeto para assumir a condição de sujeito político. Iniciativas como associações de usuários e familiares, participação em fóruns de formulação de políticas, conselhos e conferências de saúde configuram, assim, espaços fundamentais para essa inserção e para o rompimento do silêncio das mulheres na construção de seus itinerários de cuidado. No âmbito do CAPS, as próprias assembleias de usuários podem representar um primeiro passo, constituindo importantes espaços de politização e promoção de autonomia (Lancetti, 2006).

Somada a tudo isso, observa-se a escassez de reflexões sobre as dimensões étnico-raciais no campo da saúde mental. Mesmo quando as trajetórias são fortemente marcadas pela racialidade, há uma tendência a homogeneização das experiências das usuárias, tanto dentro quanto fora dos percursos de cuidado. Segundo David (2018), essa discussão permanece sendo pouco frequente nos equipamentos, contribuindo para a secundarização do sofrimento psíquico produzido pelo racismo, particularmente entre mulheres pretas - justamente as mais atingidas pelas políticas proibicionistas de drogas. Esse silêncio denuncia, mais uma vez, a necessidade de uma crítica sistemática às estruturas da sociabilidade capitalista e suas estruturas de opressão - essencialmente produtoras de sofrimento.

Essas lacunas se articulam à fragilidade da intersetorialidade e à dificuldade de diálogo entre políticas públicas, inclusive no âmbito da saúde. Como aponta Goddoy (2024), o cuidado deve ser compreendido como processo complexo, envolvendo família, comunidade e atores sociais do território, sendo a intersetorialidade um caminho possível para atender às necessidades concretas da vida. Nos relatos, o CAPS aparece como um dispositivo central, que mobiliza inventividade e resiliência diante dos recursos disponíveis, promovendo estratégias diversas de cuidado e humanização do cotidiano. Entretanto, as poucas menções a outros dispositivos revelam uma dificuldade de sustentar o cuidado na rede, especialmente diante do estigma associado aos usuários de drogas. Na concepção de Lancetti (2006), é na saúde da família que a desinstitucionalização se realiza em sua radicalidade. Por meio do apoio matricial - ferramenta que propicia retaguarda técnica às equipes na atenção primária - e de outras iniciativas, o diálogo entre a RAPS e a atenção básica amplia a capacidade resolutiva dos casos e favorece uma abordagem integral da saúde. Nesse sentido, o CAPSad deve atuar como ordenador da rede (Costa et al., 2018), sendo responsável pelo fluxo assistencial e pelo matriciamento, mas precisa contar igualmente com apoio dos demais dispositivos. Ainda assim, persistem dificuldades nessa articulação, muitas vezes decorrentes de estigmas e preconceitos que impedem a compreensão e o acolhimento adequado das usuárias. Tais limitações produzem efeitos concretos na vida das mulheres e no serviço, sendo primordial que inspirem novos diálogos e aprimoramentos.

Partindo da concepção de “ausências ativas” (Fernandes, 2020), evidencia-se que essas “não-presenças” inscritas nas trajetórias analisadas não constituem meras lacunas circunstanciais, mas operam estruturalmente na produção das desigualdades e do sofrimento. Configuram-se como ausências densamente presentes, que expressam a insuficiência (e, por vezes, a omissão) das políticas públicas na garantia de condições materiais dignas de existência. Ao mesmo tempo, tensionam os limites da própria rede de atenção, ao expor a sobrecarga

imposta tanto às usuárias da RAPS quanto às trabalhadoras que sustentam cotidianamente o cuidado. Reconhecer tais ausências implica afirmar a responsabilidade do Estado na sua produção e superação, convocando o fortalecimento dos espaços coletivos, a ampliação dos diálogos intersetoriais e o aprimoramento das políticas públicas, de modo que a atenção psicossocial não se restrinja à gestão do sofrimento já instalado, mas atue na transformação das condições sociais que o engendram.

Esses apontamentos sugerem - mais uma vez – a múltipla determinação do sofrimento das usuárias, indicando que ele não se explica apenas por sobrecarga individual, mas "diz de como seres concretos se produzem na realidade concreta" (Costa, 2022, p. 15). Nesse contexto, o processo de adoecimento percebido nas trajetórias (seja ele mediado pelo uso de drogas ou não) se percebe imerso em uma lógica social – mesmo que tal dinâmica não seja tão nítida: é historicamente produzido, atravessado pelas condições materiais de vida e pela exclusão social. Para mulheres negras, membras das parcelas mais pauperizadas da classe trabalhadora, a experiência do desamparo e da “loucura” se manifesta, portanto, como efeito da interseção entre exploração econômica, opressão de gênero e de raça, revelando-se nessas tais ausências e na subalternização cotidiana: são vistas como mão de obra para o trabalho, reprodutoras de herdeiros ou de futuras gerações de trabalhadores, e também como objeto sexual, o que ilustra a fusão das opressões econômica, patriarcal e racial (Saffioti, 2004).

A leitura crítica dos relatos nos permite evidenciar que não se trata de uma contingência individual, mas uma manifestação das contradições de um sistema que organiza e produz o sofrimento da classe trabalhadora. Segundo Fernandes (2020, p. 225), "As faltas não estão fora das situações descritas, mas são matéria da ação das pessoas no fazer social". Dizem respeito, portanto, a intervenções - diretas ou indiretas - que dificultam a criação de uma vida digna e suficientemente humana para as usuárias. Nomear esses tantos aspectos constitui um gesto político fundamental, pois permite elencar horizontes possíveis para a construção de uma

atenção psicossocial verdadeiramente integral, comprometida com a vida concreta, a autonomia e a cidadania das mulheres, deixando claro que o sofrimento não é resultado de falhas individuais, mas expressão das contradições e violências estruturais de uma sociedade sexista e racista, que explora, marginaliza e adocece seus próprios membros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente do que alguns leitores podem esperar, este trabalho não se encerra com respostas. Pelo contrário, trouxe ainda mais perguntas. Ao longo de todo o percurso investigativo, nos deparamos com evidências de que falar do cuidado às mulheres que usam drogas vai muito além de discutir uma política de saúde: trata-se de adentrar dimensões estruturantes de nossa sociabilidade, atravessadas por determinações de gênero, classe e raça e que nos constituem coletivamente. A cada dia, nossa trajetória nos conduziu a novas inquietações, que foram, a nosso ver, necessárias diante do posicionamento que adotamos.

A pesquisa qualitativa não é território de neutralidade, mas de implicação. Esse percurso, portanto, foi construído e atravessado pelos encontros que vivi e pelas posições assumidas. Os resultados que apresento são, portanto, inseparáveis das interações, dos incômodos e desejos que circularam em mim e nas participantes - que, ao narrarem suas histórias, me convocaram a resgatar a minha. Foi nesse movimento de reconhecimento mútuo o percurso se fez, com limitações e fragilidades importantes, mas antes de tudo, mediado por afeto e escolhas ético-políticas centrais, que moldaram não apenas o caminho da investigação, mas o próprio conhecimento produzido entre nós e por nós.

A partir do resgate histórico realizado, evidenciou-se que o processo de manicomialização das mulheres opera através de estratégias diversas, que se atualizam ao longo do tempo. A exemplo da "epidemia" de diagnósticos, da hipermedicalização, da psicopatologização e despolitização de suas experiências, do encarceramento em massa de mulheres negras e pobres em comunidades terapêuticas, argumentamos que a lógica manicomial e proibicionista se mostra um processo difuso e complexo, sustentado ainda hoje por práticas, discursos e dispositivos de controle que atravessam o cotidiano de forma perversa e permanente - mesmo com tantos avanços e enfrentamentos. A primazia explicativa da

chamada “dependência química” e a moralização do uso de drogas, além de deslocarem o olhar das condições concretas de vida – cotidianamente precarizadas e desumanizadas – reforçam a patologização das experiências, obscurecendo e mistificando o pano de fundo material onde tais experiências e necessidades se forjam. Além disso, invisibilizam outras possibilidades e relações com as drogas, visto que nem todas as mulheres apresentam prejuízos e necessidades de saúde relacionadas a esse uso. Essa dinâmica mantém-se viva e sofisticada, atravessando práticas institucionais, discursos científicos e o cotidiano do cuidado, inclusive no interior da própria RAPS, onde movimentos sociais vêm denunciando a presença de CTs e outras estratégias violentas, chanceladas pelo Estado, que configuram formas contemporâneas de violência estatal.

Nossos achados apontam que a política de saúde mental e as políticas públicas de modo geral ainda deixam escapar elementos fundamentais da vida das usuárias de drogas, reduzindo-as a rótulos violentos e compreendendo-as ainda através de suas funções biológicas. Esse apagamento de suas singularidades pode atravessar desde a formação profissional, a elaboração e implementação de políticas intersetoriais, até a práxis cotidiana, de forma que o enfrentamento precisa acontecer em todos esses âmbitos.

Ao longo do caminho, fomos interpeladas por perguntas fundamentais: De que forma temos enfrentado (ou não) as tendências históricas proibicionistas e marginalizantes no campo das drogas? Que representações sociais temos reproduzido - em nossos discursos e práticas - sobre mulheres e drogas? Como as novas formas de manicomialização seguem se atualizando mesmo diante dos avanços? Se o projeto em disputa é tão amplo e multifacetado, por onde começamos? A transformação necessária, a nosso ver, não pode se restringir a rearranjos institucionais - reformas superficiais e acessórias não dão conta do recado. Ela exige deslocamentos mais profundos nos âmbitos cultural, social e político. Não basta rever intervenções dirigidas ao sofrimento psíquico; é preciso interrogar as próprias formas como

esse sofrimento tem sido concebido, nomeado e manejado em nossa categoria profissional e em nossa sociabilidade. Trata-se, portanto, de uma disputa que incide sobre escolhas éticas e epistemológicas, bem como sobre os valores, sentidos e modos de existência que construímos.

Esta pesquisa aponta implicações que extrapolam nossos resultados. Se percebe urgente implementar mudanças concretas, como a extinção das CTs da RAPS, cuja inserção disputa recursos e legitimidade com serviços substitutivos ao manicômio ao mesmo tempo em que encobre violências sob a alcunha de “cuidado”. Além disso, a pesquisa evidencia que tal reconfiguração não pode ocorrer sem uma articulação orgânica entre as políticas de saúde mental e as políticas de saúde da mulher, hoje marcadas por uma lacuna histórica de programas, projetos e estratégias voltadas às mulheres usuárias de drogas – especialmente aquelas atravessadas por desigualdades de gênero, raça, pela maternidade solo, pela pobreza e outras determinações. Trata-se de convocar o Estado a produzir respostas integrais, que reconheçam o uso de drogas como fenômeno completo e humano. Isso implica investir na formação crítica e permanente dos trabalhadores da rede, capacitando-os para práticas de cuidado sensíveis às especificidades de gênero, pautadas na redução de danos e nos direitos humanos. Ainda, implica fomentar transformações culturais profundas, capazes de deslocar imaginários punitivos e higienistas que recaem com brutalidade sobre corpos femininos, para que novas concepções de cuidado – mais éticas e emancipatórias – possam emergir.

Mesmo com tantos desafios identificados, não se pode deixar de reconhecer a potência de autogestão, organização e produção de redes solidárias construídas por essas mulheres – mesmo nos contextos mais adversos. Fica evidente que o movimento de enfrentamento à contrarreforma que temos assistido no contexto brasileiro tem sido sustentado, em grande parte, pelas mãos de mulheres: trabalhadoras, militantes e usuárias da saúde mental. Esse cenário deve ser reconhecido, mas não pode, em hipótese alguma, ser romantizado. Nessa direção, cumpre destacar que, se um dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial é o

protagonismo dos usuários, é imperativo que tal princípio oriente a produção de conhecimento e a formulação das políticas pública, de forma que esses processos sejam radicalmente democráticos e possibilitem que usuárias e trabalhadoras ocupem, sempre que possível, os espaços de diálogo, disputa e tomada de decisão.

As histórias aqui apresentadas dizem respeito a trajetórias singulares, situadas em contextos específicos, e não pretendem esgotar a complexidade das experiências de mulheres que usam drogas, nem mesmo daquelas que possuem necessidades associadas a esse uso. Ainda assim, é justamente a partir dessas histórias que se tornam possíveis novas aproximações aos complexos processos sociais que atravessam a nossa realidade, na medida em que, ao mesmo tempo em que se singularizam, também condensam e tornam visível um cenário mais amplo que nelas se inscreve. Essas histórias, portanto, dizem de todas nós.

É fundamental que futuras investigações se dediquem a explorar outras experiências e realidades - focando, por exemplo, em vivências de mulheres em situação de rua, mulheres LGBT, mulheres negras e indígenas - bem como a aprofundar suas histórias mais longitudinalmente, compreender os itinerários pela rede intersetorial, seus encontros (ou desencontros) com outros serviços, com o território e com distintas estratégias de cuidado, de participação social e de produção de vida. Impõe-se, nesse contexto, o desafio de construir investigações em que mulheres não sejam apenas objetos ou fontes de informação, mas sujeitas ativas, reconhecidas como interlocutoras legítimas e produtoras de conhecimento sobre suas próprias vidas. Trata-se de radicalizar o compromisso democrático da pesquisa, deslocando hierarquias epistêmicas e tensionando a própria universidade. Além disso, investigar de forma mais detalhada como se dá o contato com as diferentes políticas públicas, identificar boas práticas (como muitas que presenciamos nos últimos meses) e reconhecer experiências potentes pode oferecer subsídios concretos para o cotidiano do cuidado e para o fortalecimento de políticas públicas. Produzir conhecimento comprometido com a dignidade, a autonomia e a vida

em liberdade mostrou-se, ao longo de nosso caminho, uma tarefa ética incontornável. E para isso, seguiremos promovendo rupturas e formulando cada vez mais perguntas - não apenas para que sejam respondidas, mas para que funcionem como horizonte e orientação do caminho a se seguir. Reconhecer nossos limites – impostos pelo tempo disponível, pelas escolhas da pesquisadora, pelas condições concretas da pesquisa - foi parte fundamental do nosso percurso. Mas tais limites não encerram o debate; ao contrário, convocam sua continuidade.

Por fim, reafirmamos que a crítica à lógica manicomial não se restringe às instituições fechadas: dirige-se à própria sociabilidade capitalista e patriarcal, que desumaniza as condições de vida, precariza o cuidado, hierarquiza formas de existir e produz a morte física e simbólica de corpos considerados “desajustados”. Se, por um lado, temos compreendido o uso de drogas como sintoma individual dessa estrutura adoecida e adoecedora, por outro, impõe-se a necessidade de deslocar esse enquadramento. Trata-se de reconhecer que esse fenômeno não apenas expressa o sofrimento produzido por tais condições, mas também opera como denúncia das estruturas que nos violentam e desumanizam. É nesse tensionamento - entre o sintoma e a denúncia - que se abrem diálogos e se delineiam horizontes antimanicomiais para o cuidado, tal como propõe o título deste trabalho.

Conhecer as histórias dessas mulheres foi reconhecer o quanto somos, todas nós, atravessadas pelo silenciamento, pela patologização, pela imposição de papéis, pelo julgamento moral e pelas (múltiplas) violências de gênero – e, ainda assim, o quanto é possível produzir resistência. Defender a coletividade, o Sistema Único de Saúde e as políticas públicas como campos estratégicos de luta é, neste momento histórico, afirmar um compromisso antimanicomial que é também antipatriarcal, antirracista e antiproibicionista. É apostar na transformação radical das formas de viver, para que todas nós possamos existir com dignidade, livres - com ou sem drogas. O desafio é político e civilizatório: não se trata apenas de reorganizar políticas, mas de disputar sentidos sobre quem merece cuidado, sob quais condições

e em nome de que projeto de sociedade. A partir dessa aposta, seguiremos questionando, tensionando e buscando outras formas - mais humanizadas e humanizantes – de existir e produzir vida.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C. S. & Nóbrega, M. P. S. S. (2016) Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 12(1), 22-29.
- Almeida, S. A. & Merhy, E. E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética manicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65-75.
- Amarante, P. (2000). *Loucos pela vida: A saúde mental e os caminhos da reforma*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Anhorn, M. G., Napolião, P., Canuto, E., Oliveira, P. M. N., Nascimento, T. A. & Leonel, L. (2024). Elas em cena: práticas de cuidado com mulheres que frequentam um espaço de referência em redução de danos na Maré, Rio de Janeiro. *População em Situação de Rua & Saúde*, 25(1), 175-188.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. Geração Editorial.
- Badinter, E. (1985) *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Editora Nova Fronteira.
- Barbosa, L., Dimenstein, M. & Leite, J. (2014). Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 309-320.
- Barros, A. A. F., Lima, M. I. S. P., Carvalho, R. N., Araujo, A. P., Medeiros, K. T., & Lucas, A. T. (2019). Saúde mental e drogas: Narrativas de mulheres em um CAPS AD em João Pessoa (PB). In *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais* (Vol. 16, pp. 1–12). Brasília, DF

- Barros, M. G. (2021). (Necro)política de drogas: uma guerra abjeta contra pobres e negros no Brasil. *Revista Mosaico*, 13(20), 505-524.
- Basaglia, F. (1968). *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (3ª Edição). Editora Graal.
- Basaglia, F. O. (1982). *Salute/malattia. Le parole della medicina*. Giulio Einaudi.
- Basaglia, F. O. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. Universidad de Guadalajara.
- Basaglia, F. & Ongaro-Basaglia, F. (1979). *O homem no pelourinho*. Tradução IPSO - Instituto de Psiquiatria Social.
- Bento, C. M. A. S. (2022). *O pacto da branquitude*. (2ª Edição). Editora Companhia das Letras.
- Bolzan, L. M. (2015). *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Rio Grande do Sul].
- Brambilla, B. B. (2021). Estado Patriarcal e políticas para as mulheres: da luta pela equidade de gênero ao caso de polícia. *Boletim de Conjuntura*, 5(13), 27-42.
- Brasil de Fato. (2024). Quanto as comunidades terapêuticas custam à saúde mental do Distrito Federal? *Brasil de Fato*. <https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2024/01/09/quanto-as-comunidades-terapeuticas-custam-a-saude-mental-do-distrito-federal/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Brasil. Presidência da República. (2004). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/arquivo1planonacionaldepoliticaspараasmulheres.pdf>

- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupos para mulheres drogaditas: O que há de feminino? In M. Baptista, M. S. Cruz, & R. Matias (Eds.), *Drogas e pós-modernidade* (pp. 199–205). Eduerj.
- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Editora Artes Médicas.
- Cardoso, O. M. & Souza, T. M. C. (2025). "Já é doida se ela for normal": luta antimanicomial e violências contra mulheres institucionalizadas. *Interação em Psicologia*, 29(2), 193-201.
- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, 6, 115-128.
- Carneiro, H. (2005). Transformações do Significado da palavra "droga": das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: H. Carneiro & R. P. Venancio (Eds.), *Álcool e Drogas na História do Brasil* (pp-11.27). Alameda.
- Carvalho, M. R. S., Oliveira, J. F., Gomes, N. P., Campos, L. M., Almeida, L. C. G. & Santos, L. R. (2019) Estratégias de enfrentamento da violência conjugal: Discurso de mulheres envolvidas com drogas. *Revista Escola Anna Nery*, 23(2), 1-7.
- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Revista Subjetividades*, 5(2), 300–327.

- Coelho, P. G. M. & Mota, D. C. B. (2019). A dependência de álcool e outras drogas e o tratamento por mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Cadernos de Psicologia, 1*(2), 70-89.
- Coelho, S. M. P. P. (2023). Mulheres interrompidas pelo poder do patriarcado - a loucura. *Revista Gênero na Amazônia, (24)*, 251-266
- Conci, J. D. (2025). *As mulheres e a reforma psiquiátrica vinte anos após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos* (2ª ed.). CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. CFP.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Ed.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13–44). Editora Nau.
- Costa, G. M., Aparecido, N. B., Comitre, D., & Maciel, V. G. (2015). História da loucura e dos tratamentos da saúde mental no Brasil. In *Anais do I Simpósio Interdisciplinar de Tecnologias na Educação* (Vol. 1, No. 1, pp. 82–91). Boituva, SP.
- Costa, J. A. (2019). A categoria gênero para a reforma psiquiátrica brasileira: Uma análise das conferências nacionais de saúde mental. In *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais* (Vol. 16, No. 1, pp. 1–11). Brasília, DF.
- Costa, P. H. A. (2020) *Por um (outro) mundo com drogas: drogas, questão social e capitalismo*. Usina Editorial.
- Costa, P. H. A. (2022). Marx sobre a loucura. *Revista Dialectus, (26)*, 11-31.
- Costa, P. H. A. (2024). *Saúde Mental e luta: a luta (é) por saúde mental*. Usina Editorial.

- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., PAiva, F. S. & Ronzani, T. M. (2015). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 395-406.
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M. & Colugnati, F. A. B. (2018). No meio do caminho tinha um CAPS AD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3233-3245.
- Cruz, V. D. (2012). *Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas/RS*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas].
- Cunha, A. O., Silva, V. O. S. D. M. & Bernardelli, M. (2024). "Libertárias": Uma Cartografia do Cuidado com Mulheres Usuárias de Drogas. *Revista Psicologia e Saúde*, 16(2), 1-15.
- Cunha, M. C. P. (1989). Loucura, Gênero Feminino: As Mulheres do Juquery na São Paulo do Século XX. *Revista Brasileira de História*, 9(18), 121-144.
- Cusinato, C. (2016). *Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista].
- David, E. C. & Vicentin, M. C. G. (2020). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Saúde Debate*, 44(3), 264-277.
- Del Priore, M. (1995). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. (2ª Edição). José Olympio.
- Dias, L. (2021). Ex-mulher acusa presidente da Universal Music de interná-la em clínica psiquiátrica. *Metrópoles*. <https://www.metropoles.com/colunas/leo-dias/ex-mulher-acusa-presidente-da-universal-music-de-interna-la-em-clinica-psiquiatica>

- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, & Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo.
- Engel, M. (2004). Psiquiatria e feminilidade. In M. Del Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 322-361). Editora Contexto.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Fanon, F. (2020). *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. Ubu Editora.
- Farias, I. (2017). Nem loucas nem criminosas: "a resistência da luta feminista frente aos modelos de controle". In R. G. Passos & M. O. Pereira (Eds.), *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 101-109). Editora Autografia.
- Federici, S. (2019). *Mulheres e caça às bruxas*. Editora Boitempo.
- Ferreira, L. O. (2013). Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1151-1159.
- Fiore, M. (2002). *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas"*. [Apresentação de trabalho] XXVI Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, MG.
- Fiore, M. (2007). *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Editora Mercado das Letras.
- Foucault, M. (2007). *História da loucura: Na Idade Clássica*. (8ª Edição). Editora Perspectiva.
- G1 Bahia. (2024). Mulheres vítimas de maus-tratos e violência sexual são resgatadas de falso centro terapêutico na Bahia. *G1*  
<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2024/03/16/mulheres-vitimas-de-maus-tratos-e-violencia-sexual-sao-resgatadas-de-falso-centro-terapeutico-na-bahia.ghtml>

- G1. (2025). Com a 2ª pior cobertura de CAPS no país, DF segue ritmo lento para ampliar atenção à saúde mental. *G1*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2025/10/20/com-a-2a-pior-cobertura-de-caps-do-pais-df-segue-ritmo-lento-para-ampliar-atencao-a-saude-mental.ghtml>
- G1. (2025). Mulheres presas em celas em clínica de repouso serão indenizadas em R\$ 390 mil, decide Justiça. *G1*. <https://g1.globo.com/ce/ceara/cariri/noticia/2025/04/17/mulheres-presas-em-celas-em-clinica-de-reposuo-serao-indenizadas-em-r-390-mil-decide-justica.ghtml>
- Garcia, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Editora Rosa dos Tempos.
- Gomes, K. V. (2010). *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Gomes, R. A. (2011). Análise de dados em pesquisa qualitativa In: M. C. S. Minayo (Ed.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Editora Vozes.
- Gonçalves, A. M. & Albuquerque, C. S. (2016). *Drogas e Proteção social: os desafios da intersectorialidade*. Expressão Gráfica e Editora.
- Gradella Junior, O. (2008). Políticas públicas, instituições e saúde. In: L. M. Martins (Ed.), *Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica*. Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista. (pp-)
- Guimarães, A. C. A., Veras, A. B. & Carli, A. D. (2018). Cuidado em Liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 91-103.
- Guimarães, T. A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010–2019: Análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 22(44), 111-138.

- Hirata, H. & Kergoat, D. (2007). Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. *Revista Cadernos de Psicologia*, 37(132), 595-609.
- Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal. (2024). *Pesquisa distrital por amostra de domicílios - 2024 ampliada*. <https://pdad.ipe.df.gov.br/>
- Jornal Nacional. (2025). Clínica mantinha pessoas em cárcere privado por encomenda de terceiros em Goiânia. *Globo*. <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2025/08/15/clinica-mantinha-pessoas-em-carcere-privado-por-encomenda-de-terceiros-em-goiania-mae-e-irma-de-vitima-foram-presas.ghtml>
- Junior, C. M. F. & Santiago, E. S. (2022). Uma comunidade terapêutica para mulheres: corpos dóceis ou nada mais? *Revista Ártemis*, 33(1), 279-305.
- Junior, H. S., Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2022). *Projeto Terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado*. Editora Rede Unida.
- Kurchaidt, M. Z., Saraiva, J. S., Brandão, M. B. & Muhl, C. (2023). Duas interpretações sobre loucura e gênero: Franca Basaglia e Marcela Lagarde. *Caderno Paic*, 24(1), 457-474.
- Lagarde, M. (1996) “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’. In: Lagarde, M. *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. (pp-13-38). Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde, M. (2013). *Solidão como arma política*. Herética Difusão Lesbofeminista Independente.
- Lancetti, A. & Amarante, P. (2006). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In. G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. D. J. Akerman, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). Editora Hucitec.

- Leite, I. (2023). Em 6 anos, polícia de SP recebeu mais de 20 denúncias contra comunidade terapêutica em que paciente morreu. *G1/GloboNews*. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/11/28/em-6-anos-policia-de-sp-recebeu-mais-de-20-denuncias-contracomunidade-terapeutica-em-que-paciente-morreu.ghtml>
- Lima, M. G., Gussi, M. A. & Furegato, A. R. F. (2017). Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Revista Tempus*, 11(4), 197-220.
- Machado, J. S. A. & Caleiro, R. C. L. (2008). Loucura Feminina: Doença ou Transgressão Social. *Revista Desenvolvimento Social*, 1(1), 1-8.
- Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2017). Mulheres usuárias de crack: Enfrentamentos e barreiras sociais. In Roso, A. (Ed.), *Crítica e dialogicidade em psicologia social: Saúde, minorias sociais e comunicação* (pp. 1-42). Editora UFSM.
- Malheiros, L. S. B. (2020). *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].
- Martín-Baró, I. (2017). O psicólogo no processo revolucionário. In F. Lacerda Jr. (Trad.), *Crítica e libertação na psicologia: Estudos psicossociais* (pp.25-29). Editora Vozes. (Obra original publicada em 1980)
- Mattos, M. B. (2017). Movimentos sociais: Aproximações teóricas e um exemplo histórico forte. In M. M. Pestana, R. M. C. Costa, & T. B. Oliveira (Eds.), *Subalternos em movimento: Mobilização e enfrentamento à dominação no Brasil* (pp. 23–44). Consequência Editora.
- Mazetto, T. C. G., & Garcia, M. R. V. (2023). Costurando "memórias rasgadas": histórias dos manicômios de Sorocaba sob a lente da interseccionalidade. *Revista Psicologia Política*, 23(56), 75-97.

- Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. (2024). *Relatório de inspeções no Distrito Federal e entorno: Comunidade Terapêutica Salve a Si – Instituto Eu Sou e Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo*. MNPCT.
- Medeiros, M. P. & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 384-403.
- Medeiros, P. F. & Guareschi, N. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, 17(01), 31-48
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Santos, L. F. & Sousa, P. F. (2018) Traçando o perfil de uma amostra de usuárias de crack em tratamento. *Revista Psicologia IMED (online)*, 10(1), 160-174.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Mendes, K. T., Costa, P. H. A., Vecchia, M. D., & Ronzani, T. M. (2021). Políticas sobre drogas no Brasil: Análise crítica, histórico e panorama atual. In D. Micheli, A. L. M. Andrade, R. A. Reichert, B. O. Pinheiro, E. A. Silva, & F. M. Lopes (Eds.). *Aspectos comportamentais, neurobiológicos e psicossociais do uso e dependência de drogas* (pp. 393–408). Editora CRV.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14ª Edição). Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2024). *Saúde Mental em Dados*. 13ª Edição.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>

- Miranda, C. A. C. (2016). "Delírios femininos": vivências de mulheres internadas no Hospital de Alienados. *Mneme Caicó Online*, 17(38), 56-82.
- Moura, B. H. & Popperl, M. S. (2019) Belas, recatadas e loucuras: mulheres no Manicômio Judiciário de São Paulo. *Revista Humanidades*, 9(1)53-65.
- Nascimento, F. G. (2011). *O alcoolismo: uma discussão sobre o consumo de álcool pelas mulheres*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza.]
- Nascimento, W. F. & Zanello, V. (2014). Uma história do silêncio sobre gênero e loucura - Parte I sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: As mulheres em História da Loucura. In V. Zanello, & A. P. M. Andrade (Eds.), *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 17-28). Editora Appris.
- Nery Filho, A., MacRae, E., Tavares, L. A., Nuñez, M. E., & Rêgo, M. (2012). *As drogas na contemporaneidade: Perspectivas clínicas e culturais*. Editora UFBA.
- Nobrega, M. P. S. S. & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 816-823
- Oka, C. P. B., Coelho, L. A. M. & Lordello, S. R. (2022). Protagonismo Social no Enfrentamento às Vulnerabilidades na Pandemia: um retrato das comunidades periféricas. In C. Antloga., M. C. Maesso., M. Neubern. & K. T. Brasil. (Eds.), *Estratégias da Psicologia Clínica no Tratamento dos Sintomas Sociais: rumo aos objetivos de desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU*. (pp. 111-130) Editora CRV.
- Oka, C. P. B. & Costa, P. H. A. (2022). Os Caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 01-29.
- Oliveira, M. V., Harmuch, C., Paiano, M., Salci, M. A., Goes, H. L. F., França, T. E., & Neto, R. P. (2023). Análise documental da rede de atenção psicossocial brasileira nos últimos 10 anos. *Revista Interfaces Científicas*, 10(1), 584-601.

- Onocko-Campos, R., & Gama, C. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica. In: G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero (Eds.), *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Coleção Saúde em Debate* (pp. 210-236). Editora Aderaldo & Rothschild
- Passos, R. G. (2011). Mulheres, cuidados e reforma psiquiátrica brasileira: um protagonismo (oculto) na assistência psiquiátrica. *Cadernos de História da Ciência*, 7(2), 45-54.
- Passos, R. G. (2011). Mulheres e reforma psiquiátrica: O lado esquecido da história. In *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História* (pp. 1–9). São Paulo, SP.
- Passos, R. G. (2013). Maternalismos e reforma psiquiátrica: Uma análise da participação das mulheres no desmonte da lógica manicomial. In *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero* (pp. 1–11). Florianópolis, SC.
- Passos, R. G. (2017). De escravas a cuidadoras: a invisibilidade e a subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *Revista O Social em Questão*, 38, 77-94.
- Passos, R. G. (2018). Holocausto ou navio negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Argumentum*, 10(3), 10-22.
- Passos, R. G. (2019). Racismo, violência e o sofrimento das mulheres negras: diálogos a partir de Heleieth Saffioti. *Revista Lutas Sociais*, 23(43), 285-295.
- Passos, R. G. (2021). "O lixo vai falar, e numa boa!". *Revista Katálisis*, 24(2), 301-309.
- Passos, R. G., Araujo, G. C. L., Gomes, T. M. S. & Farias, J. S. (2020). Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Argumentum*, 12(2), 125-140..
- Passos, R. G. & Silva, J. T. (2021) *Maternidade para quem? Mulheres negras, cuidado colonial e drogas*. In C. A. S. Moraes (Ed.), *Serviço social e trabalho profissional na área da saúde* (pp. 78-92). Editora Navegando Publicações.

- Pereira, M. O. (2018). Diálogos enodados para uma aproximação entre saúde mental e mulheres. In: L. Boiteux, P. C. Magno, & L. Benevides (Eds.), *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*. (pp. 316-318). Editora Freitas Bastos.
- Pereira, M. O. (2019). *Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político*. [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz].
- Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Editora Autografia.
- Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). Desafios Contemporâneos na luta Antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 110-126). Editora Autografia.
- Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta Antimanicomial e Feminismos: inquietações e resistências*. Editora Autografia.
- Petuco, D. R. S. (2014). Redução de danos: Das técnicas à ética do cuidado. In: T. Ramminger, & M. Silva. (Eds.), *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (pp. 133-148). Editora Rede Unida.
- Petuco, D. (2019). *O pomo da discórdia? Drogas, saúde e poder*. Editora CRV.
- Pinho, G. S. A. (2005). Minha saúde não é de ferro, mas meus nervos são de aço: a mulher e o uso de drogas na sociedade contemporânea. *Mnemosine*, 1(1), 278-345.
- Pinna, N. P., Silveira, L. R., Anjo, Y. A., Bonfim, G. S. M. & Campos, D. S. (2024). "A ferida, a chaga, à procura da cura": notas sobre situações de violência sexual contra mulheres nas comunidades terapêuticas. *Revista Emancipação*, 24, 1-16.
- Pitta, A, M. F. (2011) Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589

- Pontes, C. A. L., & Silveira, L. C. (2017). Abuso de Benzodiazepínicos entre Mulheres: O que esse fenômeno (re)vela? *Revista Sanare*, 16(1), 15-23
- Primos, C. P. G. (2025). *Construções do cuidado oferecido a mulheres em Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (CAPS AD)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo].
- Prudencio, J. D. L., & Senna, M. C. M. (2018). Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. *Revista Argumentum*, 3(10), 79–93.
- Queiroz, I. S. & Prado, M. A. M. (2018). Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista. *Revista de Psicologia USP*, 29(2), 226-235.
- Queiroz, I. S. & Prado, M. A. M. (2022). Gênero, drogas e cuidado: normalização e singularidade nas práticas de saúde. *Athenea Digital*, 22(2), 1-21.
- Rasch, S. S., Andrade, A. N., Avellar, L. Z. & Neto, P. M. R. (2015). Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. *Revista Psicologia e Pesquisa*, 9(2), 105-115.
- Redes da Maré. (2023). *Boletim Violências, Corpo e Território: Sobre a vida de mulheres da Maré*. Redes da Maré.  
[https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/VidaMulheresMare\\_pesquisa.pdf](https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/VidaMulheresMare_pesquisa.pdf)
- Ribeiro, L. S. & Pasqualini, J. C. (2025). Heleieth Saffioti - uma intérprete do Brasil. In T. M. Farias, & P. H. A. Costa (Eds.), *De Frente para o Quarto de Despejo: Contribuições do Pensamento Social Brasileiro para uma Psicologia Brasileira* (pp. 31-60). Editora Lutas Anticapital.
- Rocha, L. (2023). Uso de medicamentos para a saúde mental cresce no Brasil: especialistas alertam sobre cuidados. *CNN Brasil*. <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/uso-de->

[medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-no-brasil-especialistas-alertam-sobre-cuidados/](#).

- Rosa, A. S. & Nunes, B. D. (2024). O passado é uma roupa que continua servindo: Política de drogas e a manutenção das comunidades terapêuticas. *Revista Textos e Contextos*, 23(1), 1-10.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). *Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”*. In F. Rotelli, O. De Leonardis, & D. Mauri (Eds.), *Desinstitucionalização* (pp. 17–59). Hucitec.
- Saad, L. (2019). *"Fumo de negro": a criminalização da maconha no pós-abolição*. Editora EDUFBA.
- Saffioti, H. (2015). *Gênero, patriarcado, violência*. (2ª Edição). Editora Expressão Popular.
- Santos, M. P. G., & Pires, R. T. (2021). Política de cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Evolução histórica e desafios de implementação. In R. Pires & M. P. Santos (Eds.), *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: Desafios e possibilidades de ação pública* (pp. 104–142). IPEA.
- Santos, M. S., Gama, D. G. R. & Fonseca, R. P. O. (2022). Saúde Mental no Distrito Federal: retrato dos CAPS no sistema de informação. *Health Residences Journal*, 3(16), 1-26.
- Silva, A. C. M., Morais, N. M., Sousa, J. M., Farinha, M. G., Lucchese, R. Caixeta, C. C. (2024). Políticas de saúde da mulher e sua intersecção com a saúde mental: uma reflexão necessária. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 26, 1-7.
- Silva, J. T. (2021). *Mulheres negras, maternagem e drogas: a falta de política é uma política?* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Silva, M. G. B. & Lyra, T. M. (2015). O beber feminino: socialização e solidão. *Revista Saúde Debate*, 39(106), 772-781.

- Silva, P. L. (2013). *Mulheres usuárias de substâncias psicoativas: barreiras de acessibilidade em um CAPS AD*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].
- Silva, M. D. J. (2016). *Posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas na política de redução de danos: uma análise cultural*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Siqueira, F. S. B. (2024). A feminização do cuidado e a desvalorização das trabalhadoras no cenário capitalista vigente. *Crítica Revolucionária*, 4, 1-21.
- Souza, C. F. (2024). Reflexões sobre o familismo e as mulheres na política de assistência social. In *Anais do V Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos*. Londrina, PR.
- Souza, C. P. (2021). *É nos corpos femininos que a loucura habita? Escritas de uma residente em saúde mental sobre as que ousam romper padrões*. [Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Revista Einstein*, 8(1), 102-106.
- Souza, M. R. R., Oliveira, J. F., Chagas, M. C. G. & Carvalho, E. S. S. (2016). Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), 1-9.
- Targino, J. (2017). Comunidades Terapêuticas Religiosas: estudo de caso sobre uma comunidade pentecostal e uma comunidade católica carismática. *Revista Café com Sociologia*, 6(2), 314-334.
- Tassinari, T. T., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Souto, V. T., Pierry, L. G. & Schuch, M. C. (2018). Caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3344-3351.

- Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560.
- Telles Filho, P. C.P., Chagas, A.R., Pinheiro, M.L.P., Lima, A.M.J. & Durão, A. M. S. (2011) Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery Rev Enfermagem*, 15(3), 581-586.
- The Intercept Brasil. (2023). Centro terapêutico prendeu mulheres, torturou, forçou conversão evangélica e pediu apoio a Bolsonaro. *The Intercept Brasil*.  
<https://www.intercept.com.br/2023/10/31/centro-terapeutico-prendeu-mulheres-torturou-forcou-conversao-evangelica-pediu-apoio-bolsonaro/>
- Trigo, A. (2022). *"Mulher é muito difícil". O (des)amparo público e religioso das dependentes químicas na cracolândia de São Paulo*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2024). *World drug report 2024*.  
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- Vasconcelos, M. F., Carvalho, L. F. & Oliveira, S. R. S. (2023). A poética do cotidiano: narrativas femininas antimanicomiais em tempos de confinamento. *Revista Psicologia Política*, 23(57), 460-476.
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: C. Stevens, V. Zanello, T. Mara, & K. Brazil (Eds.), *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares* (pp. 307-320). Editora ExLibris.
- Zanello, V. & Costa e Silva, R. M. (2012). Saúde Mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279.
- Zanello, V. & Silva, R. M. C. (2012) Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 2(20), 267-79.

- Zanello, V. (2014). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In: C. Stevens, S. Oliveira, V. Zanello, (Eds.), *Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações* (pp. 108-118). Editora Mulheres.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.
- Zgiet, J. (2013). Reforma Psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental - a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*, 37(97), 313-323.

## ANEXO I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título do Projeto:** Um estudo exploratório com mulheres em um CAPS AD

**Pesquisador responsável:** Clara Parente B. Oka (UnB) e Profª Drª Silvia Lordello (UnB)

**Local da Pesquisa:** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Itapoã

**Período de Realização da Pesquisa:** Maio a Outubro de 2025

Por meio desse documento, você está sendo convidado a participar da pesquisa “Um Estudo Exploratório com mulheres em um CAPS AD”, de responsabilidade de Clara Parente Barreto Oka, Psicóloga, mestranda na Universidade de Brasília. O objetivo geral desse estudo é investigar as vivências de mulheres frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Esse estudo se justifica pela necessidade de se considerar as particularidades das mulheres e suas trajetórias para efetivação do cuidado nos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade). Além de possibilitar a discussão e novas concepções sobre a assistência em saúde mental, esse projeto se faz necessário para que seja possível pensar - cultural e institucionalmente - novas estratégias de produção de vida que minimizem as inequidades.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários e lhes asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação, tais como registros escritos, entrevistas e fitas de gravação ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável. Essa pesquisa envolve as seguintes etapas de coleta de dados: 1) análise de prontuários, 2) observação de campo (grupos, oficinas e atendimentos no serviço) e 3) entrevistas individuais.

Os riscos possíveis são: riscos à confidencialidade e riscos relacionados ao bem-estar, como desconforto emocional e psicológico, angústia, revivência de estresse, constrangimento, cansaço. Estratégia para minimizar riscos: a coleta em espaço privado e confortável; dados anonimizados, codificados e armazenados em local seguro e digital com senhas; condução da pesquisa de forma sensível, perguntas formuladas cuidadosamente para evitar reviver traumas; ambiente seguro e acolhedor; postura empática e respeitosa, com validação de sentimentos e atenção aos sinais de sofrimento dos participantes, ambiente protegido e sem pressão externa. Serão realizadas pausas em entrevistas mais longas e a equipe também estará preparada para o apoio emocional necessário. No início e término de cada encontro, será feita uma observação do estado clínico/emocional das participantes para monitoramento de suas condições de bem-estar, necessário para a continuidade. Essas medidas garantirão que a pesquisa siga as diretrizes da Resol. CNS 466/12 e 510/16.

Benefícios da pesquisa: essa pesquisa oportunizará a escuta qualificada e acolhimento em local seguro; possibilitará uma compreensão de necessidades e desafios; permitindo maior clareza sobre a dinâmica do serviço e possibilidades de melhoras no cuidado; desenvolvimento

de novas estratégias de autocuidado a partir da reflexão. Além disso, os resultados podem embasar mudanças institucionais e decisões, gerando a criação, adaptação e melhoria de programas e ações. Os dados fornecerão à equipe e gestores um olhar sensível às especificidades, fornecendo pistas para a melhoria do serviço prestado.

**Observações: Não haverá nenhum tipo de pagamento ou despesa. Os resultados estarão à sua disposição e ficarão arquivados com o pesquisador por de 5 anos. Sua participação é voluntária e você é livre para retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Essa retirada não acarreta qualquer penalidade. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB e da Fundação de Ensino Superior em Ciências da Saúde – FEPECS, e este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o/a pesquisador/a e uma com o participante.**

Em caso de dúvidas, você poderá consultar:

|   |
|---|
| Clara Parente Barreto Oka (pesquisador responsável)<br>Email: parente.psiunb@gmail.com   Telefone: (61)98103-1979 |
| Comitê de Ética em Pesquisa FEPECS<br>E-mails: cep@fepecs.edu.br   Telefone: 3449-7895                            |

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaro que li e discuti com a pesquisadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar participação, e que a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. Concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito e quaisquer outros derivados com fins acadêmicos, seguido o desenho de estudo proposto no projeto. Fomos orientados sobre as condições de sigilo e resguardo de suas informações escritas e gravadas. Autorizo, portanto, a realização da pesquisa e posterior armazenamento e utilização dos dados coletados e registros escritos e/ou gravados para os devidos fins acadêmicos e de divulgação científica.

---

Participante

---

Pesquisador Responsável

---

(Testemunha, caso se aplique)