

Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória/ES

Maria Lúcia Teixeira Garcia*
Leila Marchezi Tavares Menandro**
Rafaela Soares da Silva Ulian***

Resumo

Este artigo visa apresentar o perfil de mães usuárias de álcool e outras drogas que acessaram o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS ad III) do município de Vitória/ES, entre os anos de 2013 e 2014, como uma condição para reaver ou permanecer com a guarda de seus filhos. Utilizou-se abordagem quantitativa, por meio de pesquisa documental nos prontuários desse grupo específico. As variáveis foram dados sociodemográficos, sobre o tratamento e suporte familiar. Trata-se de um grupo jovem, com idades entre 22 e 45 anos, com baixo nível instrucional, inseridas no mercado informal de trabalho, com percurso de consumo de drogas de 15 anos e com prevalência do uso do crack. Elas são acompanhadas por serviços da rede de saúde e assistência do município. No entanto, estar em tratamento não garante a retomada ou a manutenção da guarda dos filhos.

Palavras-chave: mães; drogas; tratamento.

Profile of drug using mothers and the possibility of losing their parental rights in Vitória/ES/Brazil

Abstract

This article aims to present the profile of mothers, users of alcohol and other drugs, in treatment at the Psychosocial Care Center - alcohol and other drugs (CAPS ad III) in the city of Vitória (Espírito Santo state, Brazil) who accessed this service during the years 2013 and 2014 as a condition to recover or to keep their parental rights. This profile was drawn from a quantitative approach study, through research involving electronic records of this specific group. The research surveyed sociodemographic data, along with data about the treatment and family support. The subjects consist a young group, 25 to 45 years old, with low educational level, inserted in the informal job market, with on average 15 years of drug usage, and prevailing crack consumers. They are in treatment by the municipal health and assistance network services. Nevertheless, this does not assure the maintenance, or recovery, of their parental rights.

Keywords: mothers; drugs; treatment.

Recebido em 24/02/2016
Aprovado em 07/06/2016

* Maria Teixeira Garcia Professora Associada IV do Departamento de Serviço Social da UFES: lucia-garcia@uol.com.br

** Leila Marchezi Tavares Menandro: Bacharel em Serviço Social (UFES): leilamt@gmail.com

*** Rafaela Soares da Silva Uliana: Bacharel em Serviço Social (UFES) rafassu@hotmail.com

Introdução

O consumo de drogas é uma questão de saúde pública que leva os países a legislar sobre o assunto e desenvolver estratégias de atenção e tratamento aos usuários de substâncias psicoativas (SILVA, 2005). O governo brasileiro, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e debates em diferentes esferas, registra ações para usuários de drogas em nível federal, estadual e municipal (GARCIA, 2011). Entre os anos de 2001 e 2003, o Ministério da Saúde elaborou uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas baseado em princípios da política de saúde mental, alinhado com a Lei Federal nº 10.216, aprovada em abril de 2001 (BRASIL, 2003a). Esta lei trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O redirecionamento no campo da saúde mental ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica e tem princípios de territorialidade, integralidade e desinstitucionalização (SILVA, 2005).

No processo de implementação da Reforma – e visando sistematizar e organizar as ações em rede – o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) com objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades recorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS¹. Entre as diretrizes propostas estão: o combate a estigmas e preconceitos; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária; e a coparticipação e o controle social dos usuários e de seus familiares. A portaria estabelece que a atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica para populações específicas, Centros de Convivência), a atenção psicossocial especializada (formada pelos CAPS – dispositivos responsáveis por articular a rede e que hoje estão espalhados por todo o território nacional), a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial compõem a RAPS (BRASIL, 2011).

Um dos pressupostos que orienta as ações do Ministério da Saúde é que não há um tratamento único para todos os casos (SILVA, 2005). As ações em saúde mental devem assegurar uma diversidade de serviços que cubram as diferentes necessidades dos seus usuários. Dentre esses serviços, os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) foram elaborados na perspectiva da atenção de base comunitária e

municipal (REIS; GARCIA, 2008). É um serviço que se caracteriza como “portas abertas” que fornecem atenção aos usuários que necessitam de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2012). Os CAPS ad, em particular,

[...] partem do princípio que a atenção psicossocial a usuários que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deverá ocorrer em ambiente comunitário e articulado à rede de cuidados em álcool e outras drogas e saúde mental (REIS; GARCIA, 2008, p. 1968).

A pesquisa que embasou este trabalho foi realizada dentro de um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas III, localizado no município de Vitória (ES). No estado do Espírito Santo, até meados de 2015, apenas na capital havia um CAPS ad III, modalidade que prevê atendimento 24 horas em todos os dias da semana². Nesse espaço, uma das pesquisadoras teve a possibilidade de observar as diversas demandas dos(as) usuários(as) que recorrem ao serviço em busca de tratamento. Chamou a atenção das pesquisadoras os casos que envolviam a busca do tratamento pela via do ordenamento judicial ou que se davam como uma condição. Sendo assim, a partir dessa observação, foi feita uma pesquisa que abordou o caso das mães usuárias de drogas que acessavam o CAPS ad III.

Compreendemos que a discussão que suscitamos é importante para o Serviço Social. O código de ética da profissão possui princípios fundamentais que defendem a liberdade, equidade, justiça social e empenho em eliminação de todas as formas de preconceito (CFESS, 1993). Por isso devemos estudar mais acerca da temática em busca de a compreendermos e não reproduzirmos práticas que fujam desses princípios. Além disso, o assistente social é requisitado a integrar equipes multidisciplinares de saúde e, portanto, será convocado a pensar e intervir nessa realidade. Nesse sentido, a prática profissional e a forma como o assistente social se relaciona com os usuários, se diferenciam de muitas profissões técnicas, por considerar que as demandas não podem ser compreendidas apenas em sua imediatez, ou seja, devem ser pensadas além do aparente. Desse modo,

Evidenciamos uma dimensão essencialmente política neste aspecto, no sentido de que o conhecimento produzido deve ter uma direção estratégica para uma intervenção profissional, comprometida com processos concretos que garantam materialidade ao seu projeto ético-político (BOURGUIGNON, 2007, p. 52).

Da mesma forma, esta pesquisa é relevante também aos profissionais da área da saúde em geral. Identificamos, em nossas leituras sobre o tema, autores que apontam fragilidades no sistema de saúde em relação à estigmatização e preconceito no tratamento de mulheres usuárias de álcool e outras drogas (OLIVEIRA et al., 2006). Segundo Silva (2005), algumas

barreiras impedem a continuidade do tratamento de mulheres usuárias de álcool e drogas. Dentre essas barreiras, aparece a falta de capacitação técnica das equipes de saúde, pois, em geral, as mulheres procuram serviços de saúde não especializados, com queixas vagas sobre sua saúde, e o diagnóstico e encaminhamentos nem sempre são adequados (SILVA, 2005).

Nossa discussão envolve a temática mulher, consumo de drogas e maternidade. Silva (2005) traça algumas considerações sobre isso: inicialmente a autora destaca as diferenças físicas entre homens e mulheres, tais como tamanho, concentração de lipídios e alteração hormonal, que são fatores condicionantes no uso e efeito das substâncias psicoativas. Rasch (2014) acrescenta que alguns autores associam o aumento do consumo de álcool pelas mulheres às mudanças no estilo de vida delas neste último século. A dupla jornada de trabalho, diferenças de remuneração, desemprego, violência e estresse são questões que se colocam ao universo feminino.

O Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) que mostra que, em 2013, o percentual de consumo na faixa etária entre 15 e 64 anos foi de 3,5% a 7% da população mundial, com estimativa de 162 milhões a 324 milhões de consumidores (UNODC, 2014). O número de dependentes gira em torno de 27 milhões de pessoas e que o consumo de substâncias ilícitas ainda é maior entre os homens, mas que a diferença nos números entre homens e mulheres está diminuindo em muitos países. O I Levantamento Domiciliar Brasileiro, publicado em 2002, realizado entre setembro e novembro de 2001 com mais de 40% da população brasileira em 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes (CEBRID, 2002) o uso feminino de benzodiazepínicos, estimulantes e analgésicos (opiáceos) foi superior ao uso masculino. No caso dos Benzodiazepínicos (ansiolíticos), a prevalência das mulheres (0,77%) é cinco vezes maior que a dos homens (0,14%). Com os Estimulantes (anorexígenos) as mulheres apresentaram três vezes mais uso na vida que os homens. E sobre os Analgésicos (opiáceos), em todas as faixas etárias houve predomínio de uso na vida por mulheres (1,6%) em relação aos homens (0,9%) (CEBRID, 2002).

As razões que levam uma pessoa a iniciar e manter o consumo de drogas são as mais variadas. A literatura tem indicado que no caso das mulheres, o uso de drogas pode ser associado a eventos significativos como depressão, sentimento de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde (SILVA, 2005). A autora aponta também o estigma social que as mulheres usuárias de drogas recebem, sendo julgadas como promíscuas, amorais e incapazes de cuidar da família e dos filhos (SILVA, 2005).

Há singularidades em relação ao consumo de drogas feminino, não somente fisiológicas, mas também psicológicas e culturais (SILVA, 2005; RASCH, 2014). Para Cruz (2012), o uso de drogas por mulheres propicia uma forma de enfrentamento às suas dificuldades de sobrevivência, em especial às especificidades da condição de mulher. O uso de drogas por elas é entendido como uma forma de rebeldia ao que está dado na sociedade. Sendo assim, o estudo do consumo feminino de drogas deve partir de considerações de gênero (CRUZ, 2012), uma vez que quando se pensa no consumo e no abuso de substâncias químicas é sob uma ótica masculina. A autora explica ainda que o estigma da mãe usuária de drogas é de irresponsável e egoísta e que estudos anteriores ao dela mostram que muitas mães não convivem com os filhos para evitar a aproximação destes com as drogas e, além disso, que quando estão em tratamento se sentem mais observadas do que ajudadas.

Cesar (2005) relata que o número de mulheres nos serviços de tratamento para o uso de drogas é inferior ao de homens, bem como o número de leitos. Outro aspecto que Cesar (2005) aponta é o fato de que devemos relativizar e ampliar os conceitos médicos, considerando também o plano político, social, econômico e cultural ao buscarmos entender o uso de drogas, ampliando esse debate para o campo da saúde coletiva. A autora acrescenta ainda que, agregado a esse debate, há também a relação de gênero com o uso de drogas, e essa concepção de gênero deve ser relacional e transversal. A autora alerta que é preciso mudar a perspectiva. Ao relacionar alcoolismo e gênero, Cesar (2005) mostra que a doença é predominantemente masculina e implica à mulher uma dupla moral, gerando estigmas e padrões mais rígidos a elas. Este autor nos convida a repensar a questão da relação do uso feminino de álcool, e nós acreditamos que esse convite se estende a todos os serviços – e não exclusivamente ao da saúde – que atendem as mulheres, dependentes ou não de drogas.

Rasch (2014), ao refletir sobre os significados e sentidos do consumo de drogas por mulheres, nos mostra que o consumo de substâncias psicoativas tem relação com as angústias da própria existência humana e com os sentimentos decorrentes dessa angústia. A autora retrata que

[...] o aumento do uso de drogas por mulheres, [...], indica que o público feminino também está demarcado pelos valores da contemporaneidade, e por sua vez, procura formas de relacionamento com a produção do sofrimento e incertezas do momento, buscando sentidos para a compreensão da angústia e insatisfação da existência (RASCH, 2014, p. 63).

Rasch (2014) nos mostra que não são questões puramente psicológicas que estão relacionadas ao uso de drogas, mas também questões sociais e culturais. Nesse sentido, os

serviços de saúde precisam avaliar a presença de comorbidades relacionadas às usuárias de drogas. Mas a questão das comorbidades é apenas (e tão somente) uma das dimensões da questão.

No debate que associa a questão do gênero ao uso de drogas, Cesar (2005) mostra que a ciência tem uma visão androcêntrica e que há uma construção histórico-epistemológica da emoção associada ao feminino. Nesse contexto, para além da questão biológica, observa-se a ênfase que se dá à função materna, da mulher como cuidadora, e da discussão da mulher situada no lar (CESAR, 2005). A autora afirma que a função reprodutiva toma novas dimensões com o avanço industrial, cuja produção de bens não é mais centrada na família e passa a ser organizada fora do lar. Cesar (2005) lembra que nesse momento a mulher é impulsionada como força de trabalho, acumulando funções dentro e fora de casa. A autora mostra que “não é possível, portanto, desvincular o entendimento das questões de gênero dos mecanismos econômicos e políticos/ideológicos” (CESAR, 2005, p. 28).

Sobre o tratamento das mulheres usuárias de drogas, Silva (2005) nos diz que após a segunda metade do século XX, essas mulheres passaram a receber atenção mais intensa nas pesquisas, pois procuram mais atendimento. Ainda assim, são menos estudadas e são subdiagnosticadas por questões morais e sociais, o que pode influenciar na procura por ajuda, com medo da desaprovação social. A falta de recursos para conseguir o cuidado com os filhos e o medo de que estes lhe sejam tirados também são entraves para o tratamento.

A chegada da mulher a um serviço de tratamento é um momento que requer ações específicas. Rasch (2014) traz a dimensão do acolhimento como um momento importante, no qual serão ouvidas as demandas da paciente e poderá ser favorecida a vinculação a continuidade no tratamento. Quanto a estratégias e serviços específicos para as mulheres, Rasch (2014), Silva (2005) e Cesar (2005) nos mostram que, quando há uma atenção especial às mulheres, elas se sentem mais à vontade para colocar situações relacionadas ao feminino, tais como a violência sexual, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Por isso a necessidade de haver atividades e grupos de mulheres nos CAPS ad.

Um dos aspectos a problematizar é todo o debate hoje em relação a mulheres que são mães e usuárias de drogas. Essas mulheres fogem ao padrão idealizado de mãe, pois a sociedade coloca em xeque sua habilidade de cuidar do outro. Nessa imagem idealizada há um antagonismo entre ser mãe e ser usuária de drogas. Essa concepção aparece no contexto de escolas, unidades de saúde, Conselhos Tutelares e judiciário. Por exemplo,

O espaço jurídico, especialmente o contexto das varas de família, é rico na demonstração dos riscos e continuidades que pesam sobre o comportamento de homens e mulheres ainda apegados aos arranjos classificatórios dos gêneros e ao modelo burguês de família (REIS, 2008, p. 174).

Dessa forma, as famílias que não se enquadram nos padrões impostos pela sociedade, sejam por apresentar formas não tradicionais de família (homoafetivas, monoparentais, etc.) ou por serem marcadas pela pobreza extrema, ou ainda que possuam agravantes como serem pobres e usuárias de drogas, são compreendidas como “desestruturadas”. Essa “desestrutura” ameaça a ordem familiar vigente, fazendo com que os cidadãos denunciem às autoridades as situações que fogem à regra.

Assim, os cidadãos mais vigilantes e cada vez menos solidários, retiram a responsabilidade do Estado e a colocam tão somente nos sujeitos, como se fossem questões isoladas e individualizadas. Seguindo essa lógica, muitas denúncias são feitas para o Conselho Tutelar (CT) sem haver uma reflexão das reais condições das famílias, no geral pobres, sendo a negligência a maior causa dessas denúncias.

A questão que merece reflexão é quem está sendo negligente: a família ou o Estado, que não assegura os direitos dos cidadãos? Observaram-se famílias nas quais os adultos saíam para trabalhar e as crianças ficavam sem cuidados, o que facilmente era enquadrado como negligência, e não como deficiência do Estado em proporcionar equipamentos socioeducativos para a população. Pôde-se perceber que o CT (sic) funcionava como porta de entrada de denúncias dessa violência silenciosa do Estado, de violação de direitos básicos, em todas as áreas [...], além das situações de miséria e desamparo vividas por várias famílias (SEQUEIRA; MONTI; BRACONNOT, 2010, p. 864).

O Conselho Tutelar, instituído pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 (ECA), é “autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990, p. 83) que foram definidos por essa lei.

No caso em que o CT é acionado, seja pela escola, pelos equipamentos de saúde a assistência ou mesmo por vizinhos e conhecidos, a criança, nos casos em que se constate negligência, omissão ou qualquer outro risco ao menor (BRASIL, 1990), é recolhida e encaminhada para a Vara da Infância e Juventude, onde serão dados os devidos encaminhamentos. Se a indicação é pela institucionalização da criança, essa é encaminhada para os abrigos que tenham vaga e que devem respeitar sua faixa etária. Dessa forma, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança não deve ficar institucionalizada por um período maior que dois anos. Acontecem, dentro desse período,

audiências concentradas a cada seis meses, nas quais o juiz da Vara da Infância e Juventude recebe informações de toda a rede que assiste à usuária e à criança (BRASIL, 1990).

Em geral, os agentes da justiça agem de acordo com as legislações correspondentes, todas elas atreladas à Constituição Federal. O Código Civil Brasileiro de 2002, por exemplo, em seu artigo 4º, II, “dispõe expressamente que são incapazes a certos atos ou à maneira de os exercer os ‘ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” (ALENCAR, 2013, p. 2). Dessa forma, compreendemos que a justiça tomará as decisões com base nas informações fornecidas pela rede que acompanha os envolvidos no processo. No caso do uso de drogas pelos pais, essa rede envolve as UBS, os CAPS ad, os abrigos, os CRAS/CREAS e demais dispositivos que façam o acompanhamento desses usuários. Aqui se situam as participantes dessa pesquisa, uma vez que se encontram/encontravam em tratamento no CAPS ad III devido às advertências do CT ou por ordenação judicial.

Este artigo tem como objetivo apresentar o perfil das mães usuárias de álcool e outras drogas que acessaram o CAPS ad III do município de Vitória/ES, entre os anos de 2013 e 2014, como uma condição para reaver ou permanecer com a guarda de seus filhos.

Procedimentos metodológicos

Na busca por selecionar as mulheres que chegavam ao serviço na situação de perda ou ameaça da perda da guarda do(s) filho(s) era necessário o acesso aos prontuários no sistema *on line* que integraliza os serviços de saúde pública do município. O recorte temporal para realizar a consulta aos prontuários foram os anos de 2013 e 2014.

Foram selecionadas como participantes da pesquisa apenas mães que recorreram ao tratamento no CAPS ad III entre os anos de 2013 e 2014 (mas as leituras nos prontuários dessas mães se estenderam até o ano de 2015, mais precisamente até o mês de março - no caso das que ainda frequentavam o serviço), facilitando assim a compreensão de determinados dados e situações. É importante ressaltarmos, também, que incluímos como participantes da pesquisa as mães que já haviam perdido a guarda dos filhos e as que estavam sendo advertidas pelo Conselho Tutelar, incluindo as gestantes.

Acessamos a plataforma *on line* de dados da Secretaria Municipal de Saúde, de onde foi gerado um relatório de usuários que frequentaram o serviço durante o período selecionado. A partir desse relatório a pesquisa documental foi iniciada. O relatório apresentou um total de

1.882 usuários, entre homens e mulheres atendidos entre os anos de 2013 e 2014, sendo 1.402 homens (74,5%) e 480 mulheres (25,5%).

O que nos interessava eram os casos das mães em situação da perda da guarda do(s) filhos(s) que frequentassem o serviço devido tal ameaça, portanto foram excluídas da pesquisa 130 mulheres (07 adolescentes que tiveram passagens apenas pela farmácia do CAPS ad ou em atendimentos médicos encaminhadas para o CAPS ad III devido a momentâneas faltas no serviço de origem) e 123 usuárias que foram cortadas da pesquisa por pertencerem à faixa etária que ia de 51 a 83 anos de idade (traçamos como linha de corte a idade até 50 anos, entretanto, optamos pela leitura, de forma aleatória, em oito prontuários de mulheres com idade entre 51 e 55 anos, e nenhum desses se enquadrava ao que estávamos procurando). Chegamos ao número de 350 de sujeitos.

Das 350 mulheres, cujos prontuários eletrônicos foram lidos, identificamos 41 usuárias (11,7%) que se enquadravam como participantes da nossa pesquisa, ou seja, 41 mães com histórico de perda ou ameaça da perda da guarda dos filhos. Passamos, então, para a análise desses 41 prontuários. Na leitura dos prontuários levantamos as seguintes variáveis: idade, escolaridade, profissão/ocupação, benefícios assistenciais, quantidade de filhos, situação dos filhos (quanto à guarda), passagem por outros serviços da rede municipal de saúde e assistência, encaminhamento, internação em hospitais psiquiátricos ou similares, idade do início do uso de drogas, tipo de drogas utilizadas, frequência ao CAPS ad III e número de reuniões/estudos de caso com os equipamentos da rede municipal. Dessa forma, foi possível traçar um perfil do grupo pesquisado. Esse perfil não se constitui como uma verdade estática: as informações obtidas representam o que estava dado nos documentos no momento da coleta, não podendo representar toda a história de vida dessas mulheres, que envolvem períodos e situações não abordados neste estudo.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos foram adotados os procedimentos éticos, observando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura de Vitória e, posteriormente, submetido e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Plataforma Brasil)³.

Resultados e discussão

O CAPS ad III atende a um contingente de homens e mulheres em idade produtiva (25 – 50 anos). No caso das mulheres, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que a idade média que estas têm filhos é de 26,8 anos, de acordo com o Censo de 2010. Assim, espera-se que essas mulheres – usuárias do CAPS ad – em idade reprodutiva, recebam atenção para estarem em condições de cuidar de si própria, dos seus filhos e da família. Das 41 mães, participantes da pesquisa, aproximadamente 61% tinham entre 20 e 30 anos, ou seja, mulheres jovens. Isso aparece na média de idade desse grupo (30,6) e mediana de 29 anos.

Essas jovens têm registrado em seus prontuários um baixo nível instrucional e estão fora do mercado formal de trabalho. Em 18 prontuários não encontramos dados sobre o nível instrucional, nos outros 23 pudemos ver que apenas 05 mulheres acessaram o Ensino Médio, sendo que somente uma delas concluiu essa etapa. As outras 17 passaram pelo Ensino Fundamental, sendo que três delas completaram esse nível. Das 23 mulheres uma se declarou como não alfabetizada. Esses dados têm relação com a dificuldade dessas mulheres se inserirem no mercado formal de trabalho. As atividades ocupacionais que apareceram nos prontuários foram atendente, faxineira, babá, manicure, auxiliar de limpeza, empregada doméstica, auxiliar de cozinha, separadora de reciclados, limpadora de peixes, vendedora de peixes, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de escritório, vendedora de picolés, cuidadora de idosos, cabelereira, catadora de recicláveis, cozinheira, flanelinha e gari.

É importante observar que a maior parte desses trabalhos está no campo da informalidade, bem como revela a precarização do trabalho, gerando uma renda insuficiente para a manutenção material da família, o que torna clara a necessidade de auxílios assistenciais. Nesse sentido, buscamos informações quanto ao “acesso a benefícios sociais”, e apenas dois benefícios foram declarados: Bolsa Família, programa federal, recebido por 18 mulheres, e Aluguel Social, que é um benefício assistencial temporário do município, recebido por três mulheres.

Ter filhos era uma característica comum às participantes da nossa pesquisa que buscavam o tratamento como condicionante para manter ou não perder a guarda dos mesmos. Portanto, buscamos entender melhor a situação dos filhos dessas 41 mulheres. É importante dizermos que alguns filhos já possuíam mais de 18 anos na época do estudo.

O número de filhos por mãe variou entre no mínimo 1 (3 mães) e no máximo 8 (2 mães). O total de filhos desse grupo de mulheres foi de 153 (Gráfico 1). Esse registro de

número de filhos refere-se aos nascidos vivos, porém, três deles faleceram ainda pequenos, segundo os relatos das mães nos prontuários. Além disso, estão incluídos aqui os filhos maiores de 18 anos.

Gráfico 1



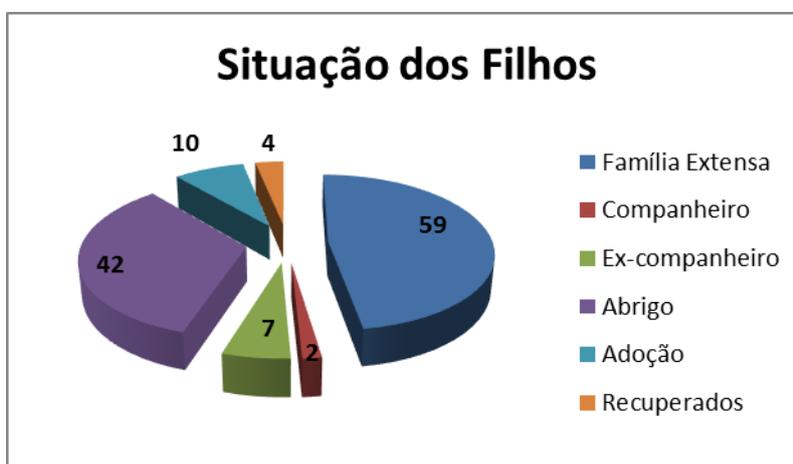
Fonte: elaboração das autoras

Mas, mais importante que saber o quantitativo de filhos por mãe era compreender em que situação esses filhos se encontravam no que diz respeito à guarda dos mesmos. Essa situação de perda da guarda está restrita aos filhos menores de idade. Dos 153 filhos, 124 são crianças. Identificamos três condições quanto à guarda dos filhos: a perda total, a perda parcial e a manutenção da guarda. Quando nos referimos à perda total da guarda, estamos afirmando que a mãe perdeu a guarda de todos os seus filhos menores, mesmo que provisoriamente, ficando esses filhos sob a guarda da família extensa (avós, tios/as e demais parentes dessas crianças) ou do Estado. A perda total da guarda dos filhos ocorreu para 68,3% das mães estudadas. Já a perda parcial da guarda, representa que a mãe mantém filho(s) menor(es) sob sua tutela, mas que houve perda da guarda de um ou mais filhos. No caso da nossa amostragem, a perda parcial da guarda se deu para 19,5% das mães. A manutenção da guarda se refere à situação das mães que estão com todos os seus filhos menores, neste caso, 12,2%, no entanto, na maioria das vezes, essas mães continuam a ser pressionadas para se tratarem.

Dos 124 eram crianças (Gráfico 2), 59 estão sob a tutela da família extensa (47,6%), 02 se encontram com os companheiros das mães (1,6%) e 07 com os ex-companheiros (5,6%). Algumas das crianças que estão sob a guarda da família extensa ou dos companheiros e ex-companheiros, são cuidados também por suas próprias mães, não perdendo o vínculo, pois, de certa forma, ainda convivem com elas. Apenas 04 crianças (que chegaram a ficar

institucionalizadas) foram recuperadas – duas crianças filhas de uma mesma mãe e outras duas de mães diferentes (3,2%) – e 10 crianças foram adotadas por outras famílias. Importante ressaltar o número de crianças abrigadas, 42 (33,9%), o que revela uma prática muito utilizada pelo Conselho Tutelar e pela Vara da Infância e Juventude do município. A situação dos filhos, ainda menores de idade, que chegaram a ficar sob a guarda do Estado, é algo que requer uma atenção especial. O Estatuto da Criança e do Adolescente recomenda que, nos casos em que a criança ou adolescente estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional, a situação seja reavaliada a cada 06 (seis) meses, e que os vínculos entre a criança e a família não sejam rompidos.

Gráfico 2



Fonte: elaboração das autoras

A perda da guarda, adoção e abrigo, reflete a visão da Justiça presente na legislação brasileira que julga que “o toxicômano apresenta redução notável de seu funcionamento intelectual com limitação à comunicação e cuidados pessoais, desenvolvimento de competências domésticas [...]” (ALENCAR, 2013, p. 2). No entanto, em estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil, vemos que a dependência química dos pais ou responsáveis aparece como 11,4% das causas de abrigo, enquanto a pobreza é a causa mais citada, representando 24,2% desse total. A pesquisa do IPEA ressalta que “a pobreza pode estar articulada a outros fatores determinantes da violação de direitos que podem ter justificado o abrigo das crianças e dos adolescentes” (BRASIL, 2003b, p. 4). O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe no Capítulo III, artigo 23, que a pobreza não constitui motivo suficiente para a perda da guarda dos filhos, indicando que a família deve ser encaminhada a programas assistenciais (BRASIL, 1990). Ocorre que no caso das mulheres do nosso recorte,

o uso de drogas aparece associado à pobreza, denunciando que o apoio assistencial ofertado nem sempre se constitui como suficiente para a transformação da vida familiar. Como um processo que atravessa a vida dessas mulheres, o consumo abusivo e a dependência de drogas envolve um trajeto de acesso a serviços de saúde até a chegada no CAPS ad.

A idade do início do uso de drogas ocorreu, de forma mais significativa, entre os 12 e 18 anos⁴. Essas mulheres não classificam o tabaco como droga, e 28 delas relataram aos técnicos fazer uso de cigarros diariamente⁵. Muitas mães relataram o uso ou experimentação de mais de uma substância psicoativa: o álcool que aparece associado ao uso de outras drogas, como por exemplo, o crack e a cocaína. Esse esquema combinatório de drogas traz em si uma droga de prevalência, aqui entendida como a mais referida pela usuária nas anotações dos prontuários. O crack lidera, sendo referido por 20 mulheres, seguido pelo álcool, citado por 13 delas. Em comparação com os dados nacionais (CEBRID, 2006) sobre a prevalência de drogas utilizadas durante a vida por mulheres, o uso de cocaína era de 1,2%, enquanto o crack aparecia referenciado por 0,2% das mulheres entrevistadas. Em nossa pesquisa, 48,78% das mães referenciaram o crack como a droga mais utilizada por elas, enquanto 7,31% referenciaram a cocaína como a droga mais consumida. Esse achado indica a necessidade de aprofundarmos o estudo de maneira a pensar se mudanças vem ocorrendo no perfil dos usuários dos CAPS no Brasil, ou se isso é uma particularidade do serviço pesquisado.

Para o grupo de mulheres que pesquisamos há um trajeto entre o início do uso de drogas e a chegada ao CAPS ad III, em média, de 15 anos. Nesse trajeto há a possibilidade de busca e acesso a serviços de saúde a partir dos danos causados pelo consumo de drogas. Nossa busca era por serviços de saúde da rede municipal acessados por elas nos dois últimos anos. Por meio dos prontuários eletrônicos tínhamos acesso às informações feitas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimentos (P.A.), Consultório na Rua (CnaR) e Centro Municipal de Especialidades (CME) do município, registradas a partir dos atendimentos. No caso dos demais serviços (hospitais, equipamentos da assistência, entre outros), todos os dados foram registrados por técnicos dos serviços de saúde de acordo com o que as usuárias declararam. Todas as 41 mães acessaram a UBS dentro do período estudado. Encontramos anotações da equipe do CnaR em 09 prontuários.

Os dispositivos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apareceram referidos nos prontuários foram as UBS, os P.A., o CnaR e dois hospitais (um estadual e um federal). A UBS, como porta de entrada no SUS, apresenta-se nesse trajeto. Na RAPS, compete à UBS ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos

transtornos mentais, ações de redução de danos e responsabilidade compartilhada com os outros equipamentos da rede. Diante dos desconfortos físicos – decorrentes ou não do consumo de drogas – o Pronto Atendimento (P.A.) ou a Unidades de Pronto Atendimento (UPA), visam ao atendimento emergencial da população. Eles compõem a RAPS como um dispositivo essencial como suporte de urgência e emergência. Os hospitais, por sua vez, destinam leitos para usuários da saúde mental com necessidades especiais. Os leitos destinados a esses pacientes estão vinculados ao contingente populacional. A rede então, se articulada, funciona no aporte de cuidados à saúde da população que necessita de cuidados relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, incluindo as participantes deste estudo.

Quanto às instituições da assistência social, 08 mães declararam acompanhamento apenas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e 03 apenas pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Sendo que nos prontuários de 15 mães havia o registro de acompanhamento pelos dois equipamentos (CRAS e CREAS). Apesar de 03 mães terem declarado receber o benefício Bolsa Família, nos seus prontuários não havia registro de acompanhamento por equipamentos da Assistência Social. Três das 41 mulheres eram acompanhadas pela Secretaria de Habitação, pois recebiam ou haviam recebido o benefício Aluguel Social nos anos de 2013 e 2014.

A integralidade proposta como um dos princípios do SUS visa à participação integral do cidadão, com objetivo de firmar a Saúde como serviço e como direito. Um dos sentidos da integralidade é o de organizar as práticas de modo mais “horizontalizado” em um conjunto articulado de ações e serviços, junto com a comunidade (PINHEIRO, 2009). No caso das participantes dessa pesquisa, o acompanhamento por equipamentos da Assistência Social é imprescindível para que as mesmas tenham acesso a benefícios, como os relacionados à alimentação e à moradia.

Os estudos de caso são reuniões, nas quais o profissional de referência do CAPS ad III convida os técnicos dos diferentes equipamentos da rede (incluindo a Assistência Social) para pensar possibilidades para o usuário e falar sobre o caminhar do tratamento, seus desdobramentos e possibilidades de encaminhamentos a serviços e benefícios diversos, como forma de reintegração do usuário à comunidade. Os estudos de caso também podem ser convocados pelos outros equipamentos que acompanham a/o usuária/o. Em prontuários de 28 mães não há nenhum registro de estudo de caso, dado preocupante, visto que esse tipo de atividade demonstra um acompanhamento essencial a essas mulheres e suas famílias. Uma usuária tinha 15 estudos de caso anotados no prontuário e outra mãe, 06. Outras 06 mães

tiveram dois estudos de caso e 05 apenas um. Com exceção da mãe para a qual foram realizados 15 estudos de caso (e que manteve a guarda da criança), as demais mães que tiveram seus casos discutidos não tiveram o mesmo resultado.

Apesar do CAPS ad III se constituir em um serviço de portas abertas, podendo qualquer cidadão ou familiar buscar atendimento, as mães da nossa pesquisa chegaram ao serviço a partir de encaminhamentos. Em função do nosso objeto de estudo, interessava saber quantas chegaram por encaminhamentos diretos da Justiça ou do Conselho Tutelar. No entanto, constatamos encaminhamentos dos próprios serviços de saúde, entre eles, destacaram-se os realizados pelas UBS. As unidades de saúde encaminharam 9 (22,5%) das 41 mães. O Conselho Tutelar encaminhou 16 (39%) e a justiça aparece em seguida, tendo encaminhado 10 (24,4%) mulheres. Se somarmos o total de encaminhamentos por mães, teremos um total de 45, isso se explica pelo fato de 03 mulheres terem sido encaminhadas por mais de um serviço, sendo uma delas encaminhada pela Justiça, UBS e P.A.; outra pelo Conselho Tutelar e Secretaria de Habitação; e a última pela UBS e CRAS. Os encaminhamentos dos CRAS e CREAS corresponderam a 6,6% e 4,4%, respectivamente. Cabe aqui indicar a necessidade de articulação e discussão desses dados com todos os dispositivos, especialmente os da Assistência Social, visando uma maior e melhor aproximação entre CAPS ad III e Sistema Único de Assistência Social.

Além das instituições, entendemos que o suporte familiar pode auxiliar as mulheres nos cuidados com os filhos. Porém, nos dados pesquisados, o que era possível verificar é o pouco envolvimento dos familiares no processo de tratamento dessas mães. O tratamento deveria envolver o núcleo familiar, no entanto, 31,7% das mães tiveram, em seus prontuários, referência a atendimento dos técnicos aos familiares ou apenas referência de acompanhamento de familiares às usuárias, enquanto 68,3% não tiveram referência alguma a esse acompanhamento.

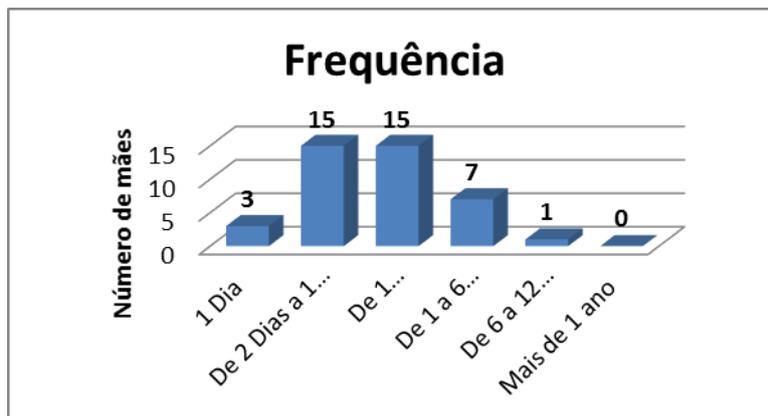
Quanto à frequência ao tratamento, contabilizamos esse dado em dias. Inserimos nessa contagem todos os dias de comparecimento da usuária ao CAPS ad III. Dessa forma, dois períodos se destacaram: o período de 02 dias a uma semana e o período de uma semana a um mês. Esse dado demonstra a baixa frequência das usuárias ao tratamento, ou seja, que a maior parte das mães compareceu 30 dias ou menos ao tratamento.

No quesito internação, tivemos um quantitativo de 14,6% de mulheres que passou por algum tipo de internação em clínicas de recuperação, incluindo comunidades terapêuticas, visto que, dentro de seu trajeto de vida, mediado pelo consumo de drogas, a internação pode

ser uma alternativa buscada dentro da RAPS pela própria paciente, sua família ou pelas instituições de saúde. No prontuário de 35 mulheres não encontramos nenhum registro quanto a internações. No caso das mulheres que relataram esse tipo de internação, essa ocorreu antes do nosso recorte temporal ou até mesmo durante os anos de 2013 e 2014.

De acordo com os registros nos prontuários, identificamos uma baixa frequência da maior parte das 41 mães ao tratamento dentro do CAPS ad III. A indicação de tratamento para essas mães normalmente é intensivo, compreendendo mais de três dias por semana com diversas atividades por dia dentro do CAPS ad. Dessa forma, dois períodos se destacaram: o período de 02 dias a uma semana e o período de uma semana a um mês. Esse dado demonstra a baixa frequência das usuárias ao tratamento – a maior parte das mães compareceu 30 dias ou menos ao tratamento – e que a indicação de tratamento intensivo não é acatado por elas.

Gráfico 3



Fonte: elaboração das autoras

Por meio dos prontuários traçamos um perfil das mulheres/mães em situação de perda da guarda dos filhos, mas não foi possível identificar até que ponto o tratamento de fato influencia na retomada da guarda dos filhos. O que percebemos é que a perda da guarda das crianças – impulsionada pela condição de pobreza das famílias e pelo uso de drogas pelas mães – agrava a situação dessas mulheres quanto ao consumo de drogas, pois a retirada das crianças resulta de imediato, em uma falta de regularidade nas suas vidas.

Considerações finais

O perfil das mulheres pesquisadas indicou mulheres jovens, pobres, com baixo nível instrucional, inseridas no mercado informal de trabalho, com percurso de consumo de drogas de 15 anos e com prevalência do uso do crack.

Quanto às instituições, alguns equipamentos da rede de saúde enxergam essas mães de forma particular e isolada, tratando o problema de base – a droga – e não o sujeito em sua totalidade. Dessa forma, acabam por responsabilizá-las por sua condição de pobreza e de dependência química, utilizando, em alguns casos, o discurso da ameaça (“teremos que avisar ao Conselho Tutelar”) para enquadrar as usuárias ao tratamento. A rede de proteção à infância e à adolescência também utiliza o discurso punitivo.

O acompanhamento das usuárias pelas unidades de saúde requer uma melhor discussão por parte das equipes, pois diversas ações poderiam ser feitas fora das paredes do CAPS ad. Foi possível notar também que as ações conjuntas, envolvendo diferentes equipamentos, como as discussões de casos, tornam-se desafios para as equipes e cada vez mais escassas para os usuários. Os princípios de territorialidade, integralidade e desinstitucionalização propostos pela Reforma Psiquiátrica caminham, porém os poucos registros de instituições nos prontuários dessas mulheres demonstram que ainda são necessários avanços.

Ao término deste trabalho, emergiram mais dúvidas do que certezas, uma vez que nosso objeto de estudo é complexo e multifatorial. Entre tantos questionamentos, alguns se destacam: Quais elementos poderiam fortalecer a rede de serviços que atendem às usuárias? Como ampliar o olhar do Estado para a criação de Políticas Públicas que envolvam as mulheres no campo da Saúde Mental? Que estratégias poderiam ser construídas para que o CAPS AD se tornasse mais democrático para o tratamento dos diferentes gêneros? De que maneira o debate aqui desenvolvido pode fazer parte das orientações a membros do Conselho Tutelar, de modo que suas práticas aproximem-se da proposta do ECA de proteção às crianças e aos adolescentes sem haver punição pela condição de pobreza da família?

Acreditamos que é preciso a ampliação do olhar dos serviços de saúde, da assistência e do Judiciário a essas mães, uma vez que o tratamento por si só não é suficiente para que as mesmas consigam manter ou reaver a guarda dos seus filhos.

Referências bibliográficas

ALENCAR, Alcione F. G. **Capacidade jurídica do dependente químico e a perda do poder familiar**. Editora JC, Rio de Janeiro, 16 dez. 2013. Disponível em <<http://www.editorajc.com.br/2013/12capacidade-juridica-dependente-quimico-perda-familiar/>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 jun. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 16 abr. 2015.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. **Levantamento nacional de abrigos para crianças e adolescentes da rede SAC.** Brasília: IPEA, 2003b. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/acolhimento_institucional/Doutrina_abrigos/IPEA_Levantamento_Nacional_de_abrigos_para_Criancas_e_Adolescentes_da_Rede_SAC.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2015.

_____. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 fev. 2016.

_____. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 03 abr. 2015.

BOURGUIGNON, Jussara Aires. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 46-54, 2007.

CEBRID. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. CARLINI, E. A. et al. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CARLINI, E. A. (sup.) et al. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CESAR, Beatriz A. L. **O beber feminino:** a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. 2005. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

CRUZ, Vania Dias. **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas – RS.** 2012.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (Org.). **Entre tramas, redes e atos:** a política de saúde mental brasileira e o caso do Espírito Santo. São Paulo: Annablume, 2011.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

RASCH, Scheila Silva. **Flores conversam no jardim**: estratégias do cuidado de si por mulheres em tratamento no CAPS AD/CPTT na reinvenção de suas vidas. 2014. 296 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

REIS, Érika Figueiredo. Produzindo mães e pais de família. In: COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M.; NASCIMENTO, M. L. **PIVETES**: encontros entre a psicologia e o judiciário. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

REIS, Rossana dos; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1965-1974, 2008.

SEQUEIRA, Vânia Conselheiro; MONTI, Manuela; BRACONNOT, Fernando Marques Oliveira. Conselhos tutelares e psicologia: políticas públicas e promoção de saúde. **Psicologia em Estudo**. V. 15, n. 4, Maringá, Oct./Dec. 2010.

SILVA, Débora de Souza. **Gênero e assistência às usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2014**. New York: United Nations, 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

NOTAS

¹ A instituição da RAPS é alvo de crítica por parte de alguns militantes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, mas optamos aqui por não problematizar.

² Em 2016 existem 59 CAPs ad III no Brasil, segundo site do Ministério da Saúde. Fonte: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>.

³ Número 926.930

⁴ Em alguns prontuários as usuárias declararam uma idade para o início do uso de drogas e outra para a experimentação da primeira droga. O início do uso de drogas é associado, por elas, ao início do consumo frequente de substâncias psicoativas, enquanto a experimentação está relacionada apenas ao uso ocasional de substâncias.

⁵ Nos prontuários tínhamos a informação de que algumas usuárias chegavam a consumir 15 cigarros de fumo de rolo em um dia.

