

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Centro de Capacitação e Pesquisas em Projetos Sociais – CECAPS/ UFMG  
Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em  
Áreas Urbanas

Flávia Fonseca da Silva

Atenção às Mulheres Usuárias de Drogas, uma Análise das Políticas de Assistência  
Social e Saúde no Município de Itaúna – Minas Gerais

Belo Horizonte, 2018

Flávia Fonseca da Silva

Atenção às Mulheres Usuárias de Drogas, uma Análise das Políticas de Assistência Social e Saúde no Município de Itaúna – Minas Gerais

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas do Centro de Capacitação e Pesquisas em Projetos Sociais – CECAPS/UFMG como requisito para obtenção de título de Especialista.  
Orientadora: Mestre Nícia Raies Moreira de Souza

Belo Horizonte, 2018

Flávia Fonseca da Silva

Atenção às Mulheres Usuárias de Drogas, uma Análise das Políticas de Assistência Social e Saúde no Município de Itaúna – Minas Gerais

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas do Centro de Capacitação e Pesquisas em Projetos Sociais – CECAPS/UFMG como requisito para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof. Mestre Nícia Raies Moreira de Souza

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora:

- 1-
- 2-
- 3-

Belo Horizonte, 2018

Dedico este trabalho às mulheres usuárias de drogas que cruzaram a minha vida no meu exercício profissional e me instigaram a pensar sobre essa situação ainda invisível às políticas públicas.

## Agradecimento

Agradeço a Deus pela vida e pela oportunidade de concluir essa especialização que em muito contribuiu para minha profissão.

Agradeço a minha família e meus amigos pela presença e pelo cuidado.

Agradeço aos professores e colegas por compartilharem seus saberes.

Agradeço a minha orientadora pela atenção dispensada a mim nesse desafio de pensar e principalmente escrever sobre um tema que me instiga.

Enfim agradeço a todos que estiveram presentes nessa etapa da minha vida.

## Resumo

O uso de drogas, especialmente o crack é uma das questões contemporâneas mais desafiadoras que se apresentam à sociedade brasileira, ultrapassa todas as fronteiras e deve se constituir em um assunto de todos. Nesse contexto, a situação de mulheres usuárias e suas necessidades específicas permanecem ainda a margem das pesquisas e das políticas públicas. Para esse trabalho foi levantado o marco legal das Políticas de Assistência Social e Saúde a partir da Constituição Federal 1988 com objetivo de identificar a ação dispensada a essas mulheres e entender se e como o enfoque de gênero esta presente na oferta de serviço promovidos pelo CAPS AD, CRAS e CREAS do município de Itaúna - Minas Gerais. Também buscou através de pesquisas e da coleta de dados em Itaúna clarear o perfil dessa mulher e marcar as vulnerabilidades a que estão expostas. Há ainda pouca oferta de dados nacionais e estaduais e uma ausência de dados municipais o que revela que essa é uma questão ainda invisível e silenciada e que necessita vir à tona e adentrar aos campos de pesquisa, discussão e planejamento de ações específicas em que seja considerado o enfoque de gênero.

Palavras - chave: Drogas. Mulher. Gênero. Política Pública de Assistência Social. Política Pública de Saúde.

## Sumário

1	Introdução.....	8
2	políticas de saúde e assistência social no Brasil .....	10
2.1	Política de saúde .....	10
2.2	A política de assistência social .....	15
3	Perfil dos usuários de drogas no Brasil.....	24
4	GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	32
5	Análise empírica .....	40
6	CONCLUSÃO .....	53

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento à pessoas que fazem uso de drogas, especialmente o crack constitui-se hoje num desafio aos equipamentos de assistência social e saúde. Criados a partir da Constituição Federal de 1988 CRAS, CREAS e CAPS-AD ainda não estão presentes em todos os municípios e também estão ainda em construção de metodologias de atendimento que visem melhor adesão dos indivíduos aos serviços ofertados.

A articulação entre assistência social e saúde de entre as outras políticas públicas é reconhecida como sendo fundamental para a atenção aos usuários de drogas, especialmente de crack.

A situação da mulher usuária de drogas tem recebido pouco destaque, as pesquisas reservam pouco espaço à temática. A Pesquisa Nacional Sobre o Crack de 2014 uma das poucas a trazer um capítulo específico sobre o tema, revela de muitas formas como o uso de crack faz aumentar a vulnerabilidade feminina e aponta a necessidade de ações com enfoque de gênero para atender essa mulher.

Em quatorze anos de experiência profissional como assistente social, atuando nas políticas de saúde e de assistência social várias mulheres usuárias de drogas cruzaram o meu trabalho, todas traziam as marcas, inclusive no corpo, provocadas pelo uso de drogas, especialmente de crack. Mulheres jovens, com infecções sexualmente transmissíveis, inclusive Aids, que perderam a guarda dos filhos, com seguidas gravidezes sem planejamento, extremamente pobres, com baixa escolaridade e sem renda, em situação de rua, em relacionamentos abusivos, vítimas de violência, sendo inclusive assassinadas no contexto de uso de crack, enfim mulheres nas quais o crack fazia aumentar ainda mais a situação de vulnerabilidade e que mostravam claramente como as relações de gênero marcavam suas vidas. Essa situação me instigou a pensar sobre o tema que me parece ainda invisível e até silenciado nas discussões dentro dos sistemas de assistência social e de saúde.

Este trabalho, portanto orientar-se à no sentido de analisar se as políticas de assistência social e saúde trazem na sua descrição um enfoque de gênero para a atenção às mulheres usuárias de drogas e se isso se efetiva nos equipamentos CRAS, CREAS e CAPS AD no município mineiro de Itaúna. Se o enfoque de gênero se faz presente, os serviços atuam de modo a explorar, conciliar ou transformar as relações de gênero?

Para tanto, partiu se do levantamento do marco legal que após a Constituição de 1988 fundou a política de saúde que temos hoje expressa no SUS – Sistema Único

de Saúde, e a política de assistência social que caminha para a construção do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Ressalta-se nesse processo a participação popular, efetivada através das conferências e que permite visualizar um trajeto ainda em composição para o reconhecimento do usuário de drogas como público de serviços específicos, como por exemplo o CAPS AD e que provavelmente precisa avançar para reconhecer a mulher usuária de drogas e suas especificidades.

Procurou-se traçar com base em pesquisas o perfil da mulher usuária de crack no Brasil, em Minas Gerais e no município de Itaúna. Identificar quais são as peculiaridades presentes na vida dessa mulher e que a diferencia do homem usuário de crack. Embora seja minoria numérica a situação do uso de drogas faz agravar as relações de gênero e aumenta a vulnerabilidade feminina.

Por fim busca-se através do levantamento de dados através de questionário entregue aos coordenadores dos equipamentos CRAS, CREAS e CAPS AD de Itaúna analisar como isso se efetiva no município.

Acredita-se que a relevância desta pesquisa se dá ao trazer luz a um tema que permanece ainda na invisibilidade, pois pouco se produz dados e registros o que influencia na discussão e no planejamento dentro da política de assistência social e de saúde.

## **2 POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTENCIA SOCIAL NO BRASIL**

O reconhecimento de que o uso de drogas, especialmente o crack, refere –se um fenômeno atual e que causa consequências em várias dimensões da vida de homens e mulheres, não sendo portanto campo de ação exclusivo de nenhuma política pública.

A ação das políticas de saúde e assistência social encontra-se entremeada, embora cada uma tenha um campo próprio de atuação.

Resgatar o arcabouço legal que constitui cada uma é importante para qualificar os atendimentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

É partir da Constituição Federal de 1988 que se inicia a construção dos serviços de assistência social e saúde que temos hoje instalados nos municípios brasileiros. Nesses anos, contabilizamos avanços e retrocessos e nos encontramos desafiados a acessar essas pessoas, especialmente as mulheres que embora em menor número, carregam especificidades que exigem um olhar e ação diferenciados e ainda não contemplados na legislação.

Toda a legislação das políticas de assistência social e saúde busca através de seus equipamentos e serviços a formação de uma rede de proteção social, de base territorial e que permita ao indivíduo acessar cuidados com a saúde, direitos e cidadania e o regate/fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Nesse processo um dos papéis do Estado é o de garantir financiamento e ouvir as instâncias de participação e controle social.

É assim que o Brasil está desenhando uma política pública voltada para a atenção dos usuários de álcool e outras drogas. Esta seção do trabalho apresenta a descrição da política de saúde e assistência social, através do arcabouço legal.

### **2.1 Política de saúde**

A Constituição Federal de 1988 no seu Capítulo II – Da Seguridade Social dispõe no artigo 194 dos direitos relativos à Saúde, à Previdência e a Assistência Social.

O artigo 196 que fundamenta a construção de uma saúde pública, direito de todos e dever do Estado, com foco na prevenção sem prejuízo das ações assistenciais.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988)

O artigo 198 traz orientações para a oferta dos serviços que devem compor um Sistema Único de Saúde (SUS), com organização regionalizada, descentralizada e com direção única em cada esfera de governo, com oferta de atendimento integral e com participação da comunidade. A Constituição Federal trata ainda de como se dará o financiamento desse novo sistema de saúde brasileiro.

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 traz os princípios e diretrizes do SUS, - Sistema Único de Saúde e regulamenta as condições a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde. O dever do Estado de garantir a saúde não exclui a responsabilidade individual e da família em cuidar da própria saúde e inclusive, buscar por ações de saúde preventiva.

O foco da saúde em ações de promoção e prevenção é inovador e traz a integração dos determinantes e condicionantes da saúde a saber: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a serviços essenciais, o que leva as ações dos serviços de saúde a superar o caráter curativo. (Lei 8.080/1990) A gestão financeira será realizada pelo aporte de recursos dos três entes, União, Estados e Municípios, cada um com responsabilidades definidas.

Seguida a aprovação da Lei 8080 a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 traz novos elementos para a regulamentação da participação da comunidade e transferência de recursos. Em seu artigo primeiro institui as conferências de saúde que devem ocorrer a cada quatro anos nos três níveis, municípios, estado e união; o conselho de saúde, órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, paritário, composto por governo e sociedade civil e organizado também nos três níveis, município, estado e união. Estabelece também que os estados e municípios deverão estabelecer o fundo de saúde, contrapartida de recursos e manter conselho de saúde, plano de saúde e relatório de gestão em funcionamento e atualizados para receberem recursos da União.

Dentro da lógica do SUS a atenção às pessoas com transtorno mental realizada até então dentro de modelo hospitalocêntrico manicomial adquire um redirecionamento com a aprovação de Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O tratamento passa a ser realizado de modo extra-hospitalar, sendo proibida a internação em entidades asilares,

devendo ser ofertado às pessoas assistência integral, com cuidados médicos, psicológicos, ocupacional, visando a reinserção social em seu meio, consonante com os princípios do SUS, trata-se de um marco para a saúde mental. A Lei 10216 é conhecida como a lei da reforma psiquiátrica.

No mesmo ano em que foi aprovada a Lei 10.216, o país discutiu a atenção aos portadores de transtorno mental e as necessidades advindas do uso de álcool e outras drogas através da III Conferência de Saúde Mental intitulada – “Cuidar, sim – Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, Humanização e Controle Social.”, com conferências municipais, estaduais e culminância com a conferência nacional ocorrida em Brasília de 11 a 15 de dezembro de 2001. Dentre as propostas aprovadas destaca-se a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a definição de responsabilidade do Ministério da Saúde na criação de política pública baseada no respeito aos direitos humanos, princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica (III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001 P.61) e a criação dos serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A Portaria do Ministério da Saúde nº336 de 19 de fevereiro de 2002 estabelece como serviço ambulatorial de atenção diária e na lógica do território, como unidade de atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais, inclusive aqueles causados pelo uso de álcool e outras drogas o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial que poderá se constituir nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS II AD, CAPS II i e CAPS III conforme o porte do município, complexidade e abrangência populacional e no caso do CAPS II i para atendimento específico a crianças e adolescentes e do CAPS II AD para pessoas com transtorno decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas.

O CAPS II AD será instalado em municípios com mais de 70.000 habitantes, caracterizado como serviços de atenção diária, com funcionamento de 8:00 às 18:00, podendo se estender até 21:00, deve possuir de 2 a 4 leitos para repouso e desintoxicação, ofertar atendimento individual (médico, medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros), grupos e oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento a família, atividades comunitárias, refeição para os que permanecem em atendimento dia, contar com equipe multiprofissional composta por 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 médico clínico, 04 profissionais de nível superior podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e 06 profissionais de nível médio podendo ser técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional e ou artesão.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 816 de 30 abril de 2002 trouxe a forma para alocação de recursos financeiros para que os municípios conforme determinado

na Portaria 336/2002 iniciem o processo de implantação dos CAPS incluído o CAPS AD. Essa portaria traz como meta a implantação de 250 CAPS AD em todo país.

O uso de álcool e outras drogas já reconhecido como um problema de saúde pública e que exige cuidados integrados ganha em agosto de 2002 uma Política Nacional Antidrogas, aprovada pelo Decreto nº4345 de 26 de agosto de 2002 trata de maneira específica dos objetivos da prevenção ao uso de drogas, do tratamento, da recuperação e reinserção social do usuário, da redução de danos sociais e a saúde, da repressão ao tráfico e de pesquisas avaliações sobre o tema. Condensa uma vasta gama de objetivos, tais como educação e capacitação, implantação da rede de assistência, sistematização de campanhas, ações para coibir o crime, combater o tráfico e a lavagem de dinheiro e promover levantamentos e pesquisas sistematicamente.

Em 2006 a Lei 11.343 de 28 de agosto instituiu o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definiu drogas para essa lei como sendo “substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificadas na lei ou relacionadas em listas atualizadas periodicamente pelo poder executivo”. (BRASIL,2006)

Em seu artigo 2º:

Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no *caput* deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas. (BRASIL, 2006)

Assim a função do SISNAD é articular, integrar e organizar a prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes e a repressão da produção e do tráfico de drogas, orientação central com execução descentralizada das ações.

A prevenção focada na redução dos fatores de vulnerabilidade, na promoção e no fortalecimento dos fatores de proteção. Quando há situação de uso e dependência o projeto de tratamento deve ser individualizado e buscar a inclusão social e a redução dos danos causados pelo uso.

No Capítulo III da Lei 11.343 são tipificados os crimes e são descritas as penas para quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer drogas

consigo ficando sujeito a penas de advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

O juiz determinará se a quantidade de drogas apreendidas se destina ao consumo pessoal ou caracteriza tráfico com base na quantia, tipo de substância, local da apreensão, condição da ação, circunstâncias sociais e pessoais, conduta e antecedentes da pessoa. Quando a quantidade de substâncias apreendida não se enquadrar como para consumo próprio incorrerá no crime de tráfico com pena de 5 a 15 anos e multa que poderá ser aumentada de 1/6 a 2/3 de acordo com as circunstâncias em que ocorrer a apreensão.

A questão específica do álcool mereceu uma política própria que foi aprovada pelo decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 - Política Nacional sobre o Álcool, trouxe medidas que visavam a redução do consumo e suas associações com a violência e a criminalidade. Estabeleceu a Secretaria Nacional Antidrogas como responsável pela implementação, propôs objetivos que consideravam a intersetorialidade, integralidade das ações e redução de danos sociais e de saúde.

O Decreto 6.117/2007 trouxe o conceito de bebida alcoólica:

Para os efeitos desta Política, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 grau Gay-Lussac. (BRASIL,2007).

Essa definição irá balizar a legislação para propaganda de bebida alcoólica e também a alteração da Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito através da Lei 12.760/2012 que tipifica o crime de embriaguez no volante que pode ser comprovado com exames de alcoolemia, vídeos, testemunhas ou outras provas admitidas pelo nosso ordenamento jurídico.

O decreto 7.179 de 20 de maio de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criou um Comitê Gestor formado por ministérios e secretarias e um grupo executivo que deve ser também formado nos estados e municípios que aderirem a esse plano. As ações estruturantes do Plano de Enfrentamento têm como objetivo de prevenir uso, tratar usuários, promover a reinserção social e enfrentar o tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

Em busca de construir uma rede que conte com parceiros comprometidos com o enfrentamento do crack e das consequências do uso, o governo federal sob o comando do Ministério da Justiça lançou 2011 o Programa Crack, é Possível Vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos, os estados e municípios deveriam criar um comitê gestor, aderir ao programa e pactuar serviços ofertados pelo Ministério da

Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e Secretária Nacional de Direitos Humanos, assim passariam a receber recursos, oferecia também a possibilidade formalizar convênio com entidades da sociedade civil como as Comunidades Terapêuticas para internação de usuários. A atuação do programa previa ação em 03 eixos: Eixo Prevenção, Eixo Cuidado, Eixo Autoridade, usando de abordagens abrangentes e ações integradas de modo a alcançar a dimensão biológica, psíquica, social e cultural que o uso de drogas afeta.

O programa “Crack, é possível vencer” foi planejado com o arcabouço da Lei 11.343/2006 que cria o SISNAD e estabelece a intervenção integrada tendo como norte a prevenção, tratamento, reinserção social e o enfrentamento do tráfico.

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 publicada pelo Ministério da Saúde institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial com o fim de articular os pontos de atenção para atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. O respeito à liberdade e autonomia da pessoa, o combate ao estigma e preconceito, o cuidado integral e multiprofissional, atenção humanizada, cuidado no território e redução de danos fazem parte das diretrizes da RAPS que é constituída por serviços e atendimentos ofertados pela Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

A política pública de atenção ao usuário de álcool e outras drogas é muito recente no Brasil, vem sendo construída a partir da 2001, nesses 17 anos ainda não adquiriu unidade e capilaridade e com o advento do crack nos grandes centros urbanos e também cidades do interior traz cada vez mais a necessidade de políticas públicas integradas que considerem o individuo e questões como ciclo de vida e gênero ao propor suas intervenções.

## **2.2 A política de assistência social**

A Constituição da República Federativa do Brasil aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte de 1988, comprometida com os valores democráticos e com o objetivo de assegurar os direitos sociais e individuais, apresenta de modo inovador o termo Seguridade Social, composto pelo tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

O artigo 201 trata da Previdência Social: A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atendera nos termos da lei. (BRASIL,1988). A previdência social diferente da saúde e da assistência

social é de cunho contributivo, sendo prestada apenas aos cidadãos que contribuem conforme a norma.

A assistência social é regulamentada pelos artigos 203 e 204 que garante a prestação de proteção social, promoção da integração ao mercado de trabalho, habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência, garantia de um salário mínimo mensal ao deficiente e idoso que comprovem que a sua família não provê de meios para manutenção destes, essas garantias são concedidas pelo Estado a quem necessitar independente de contribuição à seguridade social.

#### Artigo 203:

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL,1988).

O artigo 204 traz a fonte de recursos para o financiamento e a estrutura político administrativa pautada na descentralização entre os entes federados, união, estados e municípios e ainda a participação popular na formulação das políticas de assistência social e no controle social em todos os níveis através das conferências e dos conselhos.

A Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, a Política Nacional de Assistência Social de 2004 – PNAS, a Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004 que cria o Programa Bolsa Família, NOB SUAS de 2005, a Tipificação de 2009 são exemplo de legislações que irão garantir a materialidade e a implementação e consolidação a Política de Assistência Social no país superando a fragmentação que marca a assistência social no Brasil e permitindo a construção de uma política pública.

A LOAS apresenta normas e critérios para organização dos artigos 203 e 204 estabelecidos pela Constituição Federal.

Em seus artigos 1º e 2º define e estabelece os objetivos da assistência social: A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir atendimento às necessidades básicas.(LOAS 1993) A proteção à família, aos ciclos de vida (infância, adolescência, maternidade, velhice), crianças e adolescentes em situação de

vulnerabilidade e risco social, a promoção da integração ao mercado de trabalho, habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, a garantia de um benefício mensal ao deficiente e ao idoso que comprovem não possuir meios de provê a própria manutenção ou tê-la provida pela família, contempla ainda a integração a outras políticas setoriais, especialmente a saúde e a educação no sentido de enfrentamento da pobreza, garantia dos mínimos sociais e universalização dos direitos sociais.

Dos princípios e diretrizes da Lei 8.742 consonantes com democracia ressalta-se a universalização dos direitos sociais, respeitando a dignidade do cidadão, sendo vedada qualquer comprovação vexatória, extinção do atestado de pobreza, igualdade de acesso, “a igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo equivalência às populações urbanas e rurais”. (BRASIL,1993)

Assim o acesso à assistência social deverá ser realizado sem que a pessoa sofra nenhuma vexação ou discriminação quanto a sua condição socioeconômica, religião, raça, etnia, gênero, orientação sexual entre outros, cabe à assistência social atuar para que haja superação das vulnerabilidades e riscos sociais aos quais à pessoa esta exposta, primando pela convivência familiar e comunitária.

As diretrizes da LOAS normatizam o artigo 104 da Constituição Federal, sendo o destaque para a descentralização, participação popular e primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social.

Outra inovação trazida pela LOAS é a regulamentação do BPC – Benefício de Prestação Continuada, pagamento de um salário mínimo ao idoso com mais de 65 anos e a pessoa portadora de deficiência (avaliada por perícia), que comprovem renda per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo, sendo que este benefício não é acumulativo a outro benefício pago pelo INSS, deve passar por revisão a cada dois anos e é suspenso caso haja comprovação de superação da condição de vulnerabilidade ou irregularidade na concessão.

Os chamados benefícios eventuais que compõe a proteção social básica são pagos as famílias com renda per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo em determinadas situações do ciclo de vida como nascimento, morte e calamidade pública e não tem sua operacionalização definida na LOAS, ou seja requer regulamentação, e ainda hoje alguns municípios não tem a concessão desses benefícios regulamentados.

Os serviços socioassistenciais são atividades de caráter continuados ofertados pelos equipamentos da política de assistência social com o objetivo de

melhoria de vida da população, serão melhor definidos com Política Nacional de Assistência Social de 2004.

A LOAS traz a implicação de que programas, projetos, benefícios e serviços socioassistenciais devem ser integrados a inserção social e produtiva rompendo com assistencialismo e clientelismo presentes na assistência social no Brasil até a Constituição de 1988.

Trata ainda do enfrentamento da pobreza com a criação por lei complementar de um Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, do financiamento público, das condições de repasse de recursos a estados e municípios do cumprimento de exigências mínimas como a criação do fundo municipal, conselho de assistência social e da prestação de contas.

Em 1997 o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS aprovou através da Resolução 204 de 04 de dezembro de 1997 a primeira NOB – Norma Operacional Básica da Assistência Social que reunia num documento as normativas orientadoras para descentralização política administrativa e de financiamento, as competências do governo federal, estadual e municipal frente às prestações de contas. Em 1998 houve a aprovação de uma segunda NOB – Resolução do CNAS de 207 de 16 de dezembro de 1998 que trazia de forma mais detalhada a distribuição de recursos, responsabilidades, modelos de gestão e o processo de habilitação dos municípios, as competências dos conselhos como instâncias de participação popular e controle social.

A Resolução do CNAS nº 145 de 15 de outubro de 2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, que traz a consolidação e a materialidade da Política de Assistência Social que vinha se desenhando desde a Constituição de 1988.

A proposta de uma política pública continuada que se afaste do clientelismo e assistencialismo, da caridade e de ações pontuais ganham consistência através de ações norteadas pela integração entre governo federal, estados e municípios, através da compreensão da assistência social como direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

O público da política de assistência social definido PNAS é caracterizado da seguinte forma:

Cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal;

estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL,2004)

Dentro de um sistema de proteção social esse público passa a ter direito às “seguranças de sobrevivência (rendimento e autonomia), acolhida e convívio ou convivência familiar”.(BRASIL,2004.p 31) A segurança de sobrevivência traz a garantia pelo Estado de uma forma monetária para garantir a sobrevivência, é operacionalizada através de benefícios continuados e eventuais. A segurança de acolhida é a provisão de necessidades humanas como alimentação, vestuário, abrigos em condições específicas em que é necessário proteger, recuperar de situações de abandono, isolamento ou calamidade pública. A segurança de convívio é a busca de superação de situações de exclusão, fragilidade das relações familiares e de vizinhança através de serviços e ações de fortalecimento de vínculos.

As seguranças são afiançadas dentro de um sistema de proteção social, dividido em Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir as situações de risco social vivenciadas por pessoas cuja vulnerabilidade decorre da pobreza e fragilização dos vínculos afetivos, por meio ações que favoreçam as potencialidades de cada um e fortaleça a convivência familiar e comunitária. O BPC e os benefícios eventuais compõem a proteção básica e seus beneficiários devem ser incluídos nos serviços prestados pelo Centro de Referência da Assistência social – CRAS, equipamento público estatal de base territorial responsável pela execução de programas, projetos, atividades de proteção básica.

A Proteção Social Especial é destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (BRASIL,2004, p.37)

Tal modalidade requer acompanhamento individual e flexibilidade diante de cada situação, além de articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos do sistema de garantia de direitos. Quando embora em situação de violação de direitos ainda persistem os vínculos familiares, cabe a Proteção Social Especial de Média Complexidade a execução dos serviços de acompanhamento familiar. Os serviços destinados ao público da proteção especial de média complexidade são executados pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS

A Proteção Social Especial de Alta complexidade cabem os serviços de abrigo, quando os indivíduos ou famílias se encontram sem referência, situação de negligência, abandono ou em situação de ameaça.

A PNAS ao delimitar a descentralização político administrativa utiliza o conceito adotado pelo IBGE para caracterizar os municípios por porte, sendo de pequeno porte I os municípios com até 20.000 habitantes e cerca de 5.000 famílias, pequeno porte II, 20.001 a 50.000 habitantes e cerca de 5.000 a 10.000 famílias, médio porte, 50.001 a 100.000 habitantes e cerca de 10.000 a 25.000 famílias, grande porte, 100.001 a 900.000 habitantes e cerca de 25.000 a 250.000 famílias e metrópoles acima de 900.000 habitantes e acima de 250.000 famílias. (BRASIL,2004, p.45)

Essa caracterização entre outras finalidades será utilizada para determinar o número de CRAS e de CREAS para o qual cada município receberá financiamento, sendo 01 CRAS para municípios pequenos de porte I e II; 02 CRAS para municípios de médio porte; 04 CRAS para municípios de grande porte e 08 CRAS para metrópoles.

Por fim a PNAS traz a base para a organização do SUAS – Sistema Único de Assistência Social como uma modelo de gestão descentralizado e participativo que irá organizar e regular toda execução da política de assistência social. O SUAS será melhor detalhado na NOB/SUAS – Resolução do CNAS nº 130 de 15 de julho de 2005.

As NOBs de 1997 e 1998 já conceituavam o que deveria ser um sistema de gestão descentralizado e participativo, mais é a NOB SUAS 2005 que irá consagrar os eixos estruturais definindo o pacto entre os três entes e os requisitos para o co-financiamento.

Conforme a PNAS/2004 a habilitação dos municípios em Gestão Inicial, Básica e Plena deverá se dá mediante a comprovação dos requisitos que comprovam a implantação da Proteção Social Básica e Especial, Vigilância Social e Defesa dos Direitos Socioassistenciais.

Dentre os princípios da proteção social destaca-se o alcance dos “direitos socioassistenciais pelos usuários, a matricialidade sociofamiliar e a territorialização”, (BRASIL,2005) tais eixos são definidores da ação executada pela proteção social que deve reconhecer os indivíduos e as famílias como sujeitos de direitos, superando a ideia de tutela e subalternidade que marcava de forma discriminatória como carentes, mendigos, necessitados entres outras formas o público da política de assistência social. A universalização dos direitos e a garantia das seguranças sociais (acolhida, renda, convívio familiar e comunitário, desenvolvimento da autonomia e sobrevivência) a resiliência, sustentabilidade, o protagonismo, a busca de oportunidades e de capacitação, o desenvolvimento das potencialidades são meios para superação da vulnerabilidade social.

Tendo em vista a complexidade das ações exigidas para o enfrentamento da pobreza, a oferta de serviços de modo continuado, a integração dos serviços de proteção básica e especial e a outras políticas públicas, a ampliação dos direitos socioassistenciais o CNAS revogou Resolução nº130 e aprovou em dezembro de 2012 a segunda NOB/SUAS, pautada na PNAS/2004 e nos avanços trazidos pela NOB/SUAS 2005, NOB/SUAS RH 2006 e na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais de 2009 traz mecanismos de ampliação da cobertura da proteção social, assim como mecanismos de gestão, financiamento e acompanhamento da oferta e da qualidade dos serviços prestados pelo SUAS.

A PNAS/2004 e a NOB/SUAS 2005 apontavam para a necessidade de uma normativa que apresentasse instrumentos de gestão eficaz e que norteasse gestores, servidores públicos, trabalhadores de organizações e entidades de assistência social, assim o CNAS aprovou em 13 de dezembro de 2006 a Resolução nº 269 a NOB/SUAS Recursos Humanos.

Essa NOB irá estabelecer os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no Âmbito do SUAS, dentre tais diretrizes a definição dos recursos humanos que devem compor as equipes de referência dos serviços da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial e um cadastro nacional dos trabalhadores do SUAS – CADSUAS, irá também reafirmar a importância do controle social na gestão do SUAS.

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aprovada pelo CNAS através da Resolução nº109 de 11 de novembro de 2009 apresenta um padrão para os serviços da proteção básica e proteção social de média e alta complexidade.

Para promover a padronização dos serviços a Tipificação apresenta uma matriz detalhada em que há descrição do serviço, do usuário e dos objetivos, quais são as provisões necessárias ( ambiente físico, recurso material, recurso humano e trabalho essencial ao serviço), aquisições dos usuários (seguranças sociais), condição e forma de acesso, unidade responsável pela oferta do serviço, período de funcionamento, abrangência de território, articulação com a rede, impacto social esperado e regulamentações legais.

Essa resolução é outro marco na Política de Assistência Social, pois unifica a proposta de prestação dos serviços socioassistenciais dos atendimentos e se consolida também como uma política de atuação no campo da prevenção.

Segundo a Tipificação os serviços ofertados pela Proteção Básica são: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

Os serviços ofertados pela Proteção Especial de Média Complexidade são: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço Especializado em Abordagem Social, Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa e de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços (PSC), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, Serviço de Proteção em Situação de Calamidade Públicas e de Emergências.

Os serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade são: Serviço de Acolhimento Institucional, Serviço de Acolhimento em República, Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, Serviço de Proteção em Situação de Calamidade Pública e de Emergência.

Nesses 24 anos de aprovação da LOAS/1993 e 08 anos de aprovação da Tipificação a implantação desses serviços ainda se constitui um desafio, universalizar o acesso, financiar, garantir recursos humanos e materiais ainda são questões cotidianas que se apresentam àqueles que atuam sejam nas instâncias de planejamento nos três entes seja na execução dos serviços.

Junto a construção de uma política pública de assistência social também foi implantado no Brasil em 2004 um programa unificado de transferência de renda, o Programa Bolsa Família, trata-se do pagamento de benefícios em dinheiro diretamente às famílias mediante o cumprimento de condicionalidades de educação e saúde.

Aprovado pela Lei 10.836 de 10 de janeiro de 2004, em 13 anos passou por alterações, principalmente quanto ao valor dos benefícios, configuração familiar, estando atualmente configurado da seguinte forma: para ter acesso ao programa às famílias devem se cadastrar no Cadastro Único para Programas Sociais – CADÚnico e aquelas famílias com renda per capita de até R\$170,00 receberão benefícios conforme a composição familiar, podendo se inscrever também as famílias unipessoais, preferencialmente será a mulher a responsável pelo recebimento do benefício e cumprimento das condicionalidades.

São 03 tipos de benefícios: Benefício Básico no valor de R\$85,00 pagos a famílias extremamente pobres, aquelas que tem renda per capita de até R\$85,00.

Benefício variável no valor de R\$39,00 pago a famílias com renda per capita de até R\$170,00 e que tenham na sua composição gestante, nutriz, criança e adolescente de 0 a 15 anos, chegando ao máximo de 5 benefícios por família.

Benefício variável no valor de R\$46,00 pago a família com renda per capita de até R\$170,00 e que tenham em sua composição adolescente de 16 e 17 anos.

Benefício para superação da extrema pobreza, calculado individualmente para cada família, pago a famílias que mesmo recebendo os benefícios do Programa Bolsa Família permanecem com renda per capita inferior a R\$85,00.

O governo federal repassa recursos aos municípios para gestão do programa conforme a capacidade de atualização das informações do cadastro único e do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades na educação e saúde.

Essas normativas pautam todos os atendimentos realizados pelos equipamentos da política de assistência social.

Esse é percurso da construção das políticas de saúde e assistência social. É necessário conhecer o perfil do público a qual cada equipamento se destina e quais especificidades marcam esses indivíduos

### **3 PERFIL DOS USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL**

O Censo do IBGE de 2010 apontou que a população brasileira chegou a 190.755.7999 habitantes e estima-se que em 2017 seríamos 207.660.929 pessoas vivendo no Brasil e demandando políticas públicas nas diversas áreas.

Em 2010 o número de mulheres superou o número de homens no Brasil, eram 93.406.990 homens e 97.348.809 mulheres, o mesmo se repetiu na região sudeste e região centro oeste e em alguns estados e municípios, é o caso de Minas Gerais e do município de Itaúna. Em Minas Gerais a população era de 9.641.877 homens e 9.955.453 mulheres, no município de Itaúna a população em 2010 era de 85.463 habitantes, sendo 42.099 homens e 43.364 mulheres.

A constatação de que o número de mulheres é superior ao número de homens no país, em alguns estados e alguns municípios deve compor a base de planejamento para políticas públicas de educação, saúde, trabalho, assistência social entre outras que devem considerar as peculiaridades dessa população, como ciclo de vida e as desigualdades de gênero.

A Conferência Internacional sobre População em Desenvolvimento (CIPD) de 2004 no Cairo trouxe em seu Programa de Ação:..."ênfase na melhoria da saúde reprodutiva e promoção da equidade de gênero, um marco para a mudança nas políticas nacionais."(CIPD, 2004, p.50) Após 2004 o Brasil criou e ampliou políticas de saúde e de assistência social, políticas públicas que conforme a CIPD de 2004 que deveriam contemplar a melhoria da saúde reprodutiva e promover a equidade de gênero.

O Relatório Mundial sobre Drogas 2017 do UNDOC apresentado em Viena/Nova York/Genebra em 22 de julho de 2017 apontou que no ano de 2015 cerca de 29,5 milhões de pessoas, ou 0,6% da população global usavam drogas de forma problemática o que representa riscos à saúde ao convívio familiar e comunitário. O relatório apontou também que o número de homens que fazem uso de drogas é maior do que o número de mulheres, porém o impacto é maior na vida das mulheres, devido as dificuldades de acesso a serviços de atenção e cuidado continuado.

Até o ano 2000 o Brasil apresenta um cenário de ausência de dados sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, em 2001 foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas psicotrópicas no Brasil que revelou que 19,1% da população entrevistada já havia feito uso de algum tipo de droga na vida exceto álcool e tabaco e que também no Brasil o número de homens que consomem drogas é maior.

Para se implantar programas de prevenção adequados sobre o uso de drogas psicotrópicas numa determinada população é necessário, antes de tudo, conhecer-se a realidade desse consumo. Nenhum

dado isolado é suficiente para se traçar um perfil da sociedade frente às drogas (Carlini – Cotrim, 2010 P. 34)

Considerando a necessidade de implantar programas de prevenção e conhecer a realidade do consumo de drogas no país em junho de 2002 a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD lançou o OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, com o objetivo de implantar um banco de dados nacional e internacional que interligue informações públicas e privadas, governamentais e não governamentais e sirva de base para o planejamento de políticas de prevenção, atenção e reinserção social dos usuários.

Esse banco de dados divide as pesquisas e estatísticas em informações sobre população geral e populações e contextos. O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2001, II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005 o III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil finalizado em 2016 e ainda não publicado e o Relatório Brasileiro sobre Drogas 2009 compõe as informações sobre consumo de drogas na população geral. A base de dados sobre populações em contexto conta com o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários 2010, VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras 2010, Pesquisa Nacional sobre o Crack 2014, o Relatório sobre o uso de Bebidas alcoólicas e outras drogas nas Rodovias Brasileiras 2010 e estão em andamento o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre os Adolescentes e Jovens em Restrição e Privação de Liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e o I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Prisional. Através dessas pesquisas é possível traçar o perfil do uso e do usuário de drogas no Brasil.

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2001 foi realizado em 107 cidades do país com população superior a 200.000 habitantes, e repetido em 2005 com II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, foi realizado em 108 cidades também com população superior a 200.000 habitantes. A população alvo das pesquisas tinha idade entre 12 e 65 anos e foram investigados o uso de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, estimulantes, cocaína, xarope a base de codeína, opiáceos, alucinógenos, esteroides, crack, barbitúricos, anticolinérgicos, merla e heroína. Os dados sobre o uso dessas substâncias colhidos em 2001 e 2005 deram início a uma série de dados epidemiológicos que permite comparar resultados, visualizar tendências de uso,

ampliar a compreensão do tema e fornecer suporte para os gestores formularem e implementarem políticas públicas de prevenção e assistência ao usuário.

Em 2001 19,4% da população pesquisada revelou já ter feito uso na vida de algum tipo de droga, exceto álcool e tabaco, índice que subiu para 22,8% em 2005. O álcool e o tabaco são as drogas lícitas mais consumidas no país e a maconha a droga ilícita mais consumida. Aos objetivos desse texto interessa conhecer o percurso realizado por homens e mulheres no uso de substâncias lícitas (álcool e medicamentos) e ilícitas (maconha, cocaína e crack).

A pesquisa apontou que em 2001 os homens consumiam mais álcool que as mulheres e a pesquisa de 2005 confirmou, apontando porém que o índice de aumento de consumo foi superior entre as mulheres, 7,7% e 6,2% entre os homens. Em 2010 as pesquisas realizadas com estudantes do ensino médio e fundamental e com universitários encontram altos índices de consumo de álcool entre os estudantes. Entre os estudantes do ensino fundamental e médio mais 60% relata consumo de álcool na vida sendo que o uso entre as meninas é superior ao uso entre os meninos, fato que se repete na capital mineira. A idade de início de uso entre os meninos é de 15 anos e 15,3 anos entre as meninas. Entre os universitários mais de 90% dos homens e 80% das mulheres já consumiram álcool na vida, outro dado que chama atenção é o fato de mais 50% dos homens e 37,% das mulheres consumirem simultaneamente álcool e outras drogas.

Entre 2004 e 2007 na região sudeste 19,1% e em Minas Gerais 11,5% dos acidentes com mortes ocorridos em rodovias federais estavam associados ao consumo de álcool, 90,8% dos condutores envolvidos em acidentes de trânsito com vítimas consumiram álcool. Entre 2004 e 2007 na região sudeste 19,1% e em Minas Gerais 11,5% dos acidentes com mortes ocorridos em rodovias federais estavam associados ao consumo de álcool, 90,8% dos condutores envolvidos em acidentes de trânsito com vítimas consumiram álcool. 0,7 % das mortes no Brasil, 0,6% na Região Sudeste, 1,% em Minas Gerais estavam associados a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de álcool e drogas o que representa 46.888 óbitos, 87% de homens e 13% de mulheres, álcool.

A maconha é a droga ilícita mais consumida no país, em 2001 6,9% e em 2005 8,8% da população relataram uso na vida, um aumento percentual de 1,9% no consumo pela população geral. Entre os estudantes do ensino fundamental e médio e universitários esse dado também persiste, o uso é maior entre homens do que mulheres e as regiões que mais consomem maconha são a região sudeste e sul.

Os índices de uso de cocaína e crack tiveram pouca alteração entre 2001 e 2005, permanecendo na linha de 2% a 3% do percentual de usuários e não atingindo

1% de usuárias de crack, sendo que em 2005 o crack ainda não havia chegado a todas as regiões do Brasil, é o caso da região norte que não identificou nenhum usuário.

O uso dos medicamentos benzodiazepínicos quase duplicou entre a população que fazia uso entre 2001 e 2005 e as mulheres usam mais medicamentos do que os homens sendo que em 2005 eram 6,9% de mulheres e apenas 3,4% de homens, quase o dobro.

Dados do SINAN de 2001 a 2007 apontaram a vulnerabilidade dos usuários de álcool e drogas para a contaminação para HIV e Hepatites B e C, nesse período também foram identificadas 138.585 internações no SUS associadas a transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de drogas, 68% estavam associadas ao álcool, dessa população 87,7% eram homens e 12,3% mulheres. O INSS concedeu nesse período 0,5% dos afastamentos e 0,4% das aposentadorias a pessoas que tinham CID para uso de drogas sendo, a maior prevalência para o álcool e a cocaína.

A busca por tratamento aparece com índices muito baixos e com diminuição entre 2001 e 2005, as mulheres que buscaram tratamento em 2001 representavam 2,5% e em 2005 apenas 1,6% relataram ter buscado tratamento para o uso de álcool e drogas.

A Pesquisa Nacional sobre o Crack 2014 realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz - buscou responder “Quem são os usuários do crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? A interface do uso de crack com a segurança pública, marginalidade dos usuários, isolamento social, negligência de cuidados com o corpo e a saúde, rompimento dos vínculos familiares e comunitários coloca o poder público, os dispositivos de segurança pública, saúde e assistência social diante de um fenômeno contemporâneo surgido primeiro nos Estados Unidos na década de 80 e chegando ao Brasil na década de 90. Os usuários de crack no Brasil são predominantemente homens, adultos jovens na faixa de 30,28 anos, sendo na proporção por sexo, 78,68% são homens e 21,32% são mulheres, há um percentual maior de mulheres usuárias que residem nas capitais, 23,55% enquanto o percentual de homens usuários nas não capitais é maior, sendo de 83,41% e 76,45%.

Embora o uso de crack tenha se mostrado predominantemente masculino o perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares recebeu nesta pesquisa um capítulo específico.

O consumo de diferentes substâncias, lícitas e ilícitas, tem características específicas e deve ser objeto de políticas públicas que incorporem diversos aspectos diferenciais, entre eles, a dimensão de gênero. Os estudos sobre o consumo de drogas acabam por secundarizar ou até mesmo negligenciar as

análises por gênero, a despeito de terem sido evidenciadas diferenças relevantes entre o consumo e as consequências do uso de drogas entre homens e mulheres, por parte de diversos autores (ver, por exemplo, Tuchman, 2010 e Franconi et al., 2012). O ainda reduzido número de pesquisas que abordam a questão da mulher usuária de drogas parece se dever, entre outros fatores, ao inegável predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas em todo o mundo. Além disso, há também o fato de serem as mulheres um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos. (BASTOS FI, BERTONI N, 2016, p.89)

As características sociodemográficas das usuárias, o uso do crack e/ou similares, o comportamento sexual das mulheres usuárias, a história reprodutiva, a prevalência de infecção pelo HIV e HCV e a autopercepção em saúde e acesso a serviços foram mapeadas pela pesquisa apresentando os seguintes resultados: A mulher brasileira usuária de crack tem entre 18 e 29 anos, não é branca, mais de 60% tem apenas o ensino fundamental e 97,84% não está estudando, é solteira, e significativamente 45,66% vive em situação de rua, mais de 30% já esteve presa no último ano ou na vida, mais de 70% declaram não realizar atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas e mais de 50% realizar trabalho sexual ou trocar sexo por dinheiro, situações inversamente proporcionais aos homens que se envolvem mais com atividades ilícitas e menos com trabalhos ou trocas sexuais.

A média de uso de crack achada na pesquisa foi de 6 anos para mulheres e 7 anos para homens, média de 18 pedras fumadas dia por mulheres e 12 pedras fumadas dia por homens, a maioria das mulheres relatou uso concomitante de outras drogas lícitas e ilícitas nos 30 dias anteriores a pesquisa, sendo álcool, tabaco, maconha, cocaína pó, inalantes/cola/solventes e benzodiazepínicos as mais citadas.

A maioria das mulheres declarou ter feito sexo nos 30 dias anteriores a pesquisa com parceiro fixo e com parceiro eventual/casual, mais de 70% relatou não ter utilizado preservativo masculino ou feminino para sexo vaginal, anal ou oral e 48,36% declarou ter recebido dinheiro em troca do sexo, 46,63% declararam ter sofrido violência sexual na vida sendo 40,4% nos últimos 12 meses. O comportamento sexual identificado nas mulheres usuárias de crack e/ou similares, amplia a vulnerabilidade a infecção por HIV e Hepatite C (HCV), enquanto a prevalência de infecção pelo HIV na população geral é de 0,8% para homens e 0,4% para mulheres, para usuários de crack e/ou similares foi de 8,17% para mulheres e 4,01% para homens, para HCV a prevalência para população geral é de 1,38% enquanto para usuários é de 2,23% para mulheres e 2,75% para homens, “fatores biológicos, mas

também as desigualdades de gênero e inserção social explicam a maior prevalência de infecção pelo HIV e HCV nas mulheres usuárias”. (BASTOS FI, BERTONI N, 2016, p.96)

Segundo dados dos Censo do IBGE de 2010 o número médio de filhos da mulher brasileira é de 1,9 filhos, número bastante discrepante quando se trata da mulher usuária de crack, 35,12% declaram ter tido entre 2 e 3 gestações na vida, 45,93% mais de 3 gestações, 29,24% declaram ter tido de 2 a 3 gestações após o início do uso do crack, 11,2% declaram ter tido mais de 3 gestações após o início do uso do crack, 49,04% declararam ter tido uma gestação que não evoluiu até o nascimento. 70% das mulheres já haviam realizado testagem para o HIV, número bastante superior ao número de homens testados 39,31%, isso se deve ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde e do Ministério da Saúde recomendar a testagem na gravidez e parto, a média de testagem para população geral no pré-natal é de 62%, ainda não haja dados sistematizados para as mulheres usuárias e grávidas a taxa de testagem é inferior, 13% das mulheres se declaram grávidas no momento da pesquisa.

Quanto à autopercepção em saúde e acesso a serviços a população usuária de crack é bastante otimista ao avaliar saúde física e mental, aproximadamente 60% considera seu estado de saúde física e mental de satisfatório a excelente, quase 30% das mulheres relatam ter buscado algum serviço de saúde nos últimos 30 dias, índice quase o dobro dos homens que buscaram por serviços de saúde, achado similar ao da população geral onde as mulheres buscam mais pelos serviços de saúde que os homens, pouco mais 50% das grávidas relatam terem buscado serviços de saúde nos últimos 30 dias e 77,7% das mulheres apontaram desejo de tratamento, índice similar aos homens.

Em Minas Gerais a Pesquisa Conhecer e Cuidar 2015 realizada em Belo Horizonte pelo Centro Regional de Referência em Drogas da Universidade Federal de Minas Gerais – CRR/UFMG atendendo a uma demanda apresentada na I Conferência Municipal sobre Drogas de Belo Horizonte 2013 e planejada em parceria com prefeitura de Belo Horizonte e o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas – CMPD – BH apresentou um estudo epidemiológico sobre o uso/abuso de álcool e outras drogas, quantificou os serviços e entidades de atenção aos usuários e familiares e mapeou a rede de fluxos dos equipamentos de atenção com objetivo de conhecer o perfil do usuário e o funcionamento da rede de assistência.

Os achados da pesquisa são coerentes com os dados apontados em pesquisas nacionais com população geral e públicos específicos como os estudantes: Os homens consomem mais álcool e drogas que as mulheres; o álcool é a droga mais

consumida também em BH, cerca de 75% da população, média maior do que a nacional, seguida pela maconha, cocaína e crack consumido por 1,4% da população, média também maior do que a nacional, os usuários de crack da capital mineira são cerca de 25.000, na maioria são homens, tem menos de 25 anos, iniciaram o uso após os 18 anos, usam a mais de 4 anos, tem baixa escolaridade, renda entre 0 e 3 salários mínimos e não são brancos. A pesquisa não traça especificamente o perfil das mulheres usuárias de crack de BH, sabe-se que os fatores de vulnerabilidade encontrados no perfil geral como a pouca escolaridade, baixa renda e cor entre outros agravam a situação das mulheres usuárias de crack.

Ainda está em andamento o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre os Adolescentes e Jovens em Restrição e Privação de Liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e o I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Prisional. Dados disponíveis no site do OBID apontam que as pesquisas partem dos seguintes dados da população em estudo:

Cerca de 58% das mulheres e 23% dos homens presos cumprem pena por tráfico de drogas. Em 2005, esses índices eram respectivamente de 24,7% e 10,3%. (BOITEUX,2014). Entre 2012 e 2013 houve um aumento de 12% no número de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, semiliberdade e internação provisória. (Brasil,2015). O Brasil conta hoje com uma população prisional de 607.731 indivíduos, possuindo a quarta maior população carcerária do mundo em números absolutos.(INFOPEN, 2014). (<https://www.obid.senad.gov.br/> Acesso em 20 de set. 2017 )

Não se conhecem dados nacionais sobre essa população, especialmente sobre a condição mulheres em cumprimento de medidas ou penas, isso dificulta a inserção nos serviços de atenção e o planejamento de políticas públicas que alcance esse público.

A população usuária de álcool e outras drogas desenhada pelas pesquisas apresentam alto grau de vulnerabilidade, o que traz especialmente para as políticas de saúde e assistência social o desafio de aprimorar o atendimento, fortalecer os serviços de referência e contra referência para atenção primária, saúde mental e os equipamentos da política de assistência social como CRAS, CREAS e Centro Pop, no que tange às mulheres, embora sejam minoria é necessário considerar as peculiaridades de gênero e construir espaços livres de discriminação para alcançar essa mulher que não é branca, é jovem, tem baixa escolaridade, experiência de viver na rua, número elevado de gravidezes sem planejamento, histórico de abortos, grande vulnerabilidade para HIV e ITS, utiliza o corpo e o sexo como mercadoria de troca para se sustentar e sustentar o consumo de drogas, faz uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas como álcool e medicamentos e é também bastante vulnerável a violência especialmente a violência sexual e que necessita que os serviços de atenção

coloquem as questões de gênero presentes no momento do planejamento e execução das políticas públicas e também dos atendimentos prestados, superando a lógica masculina e permitindo a construção de formas diferenciadas do processo de adesão ao tratamento da mulher usuária de álcool e outras drogas, especialmente o crack.

As diferenças entre homens e mulheres devem ser consideradas de modo não há marginalizar e inferiorizar a mulher e sim consideradas para favorecer a inclusão nos serviços de saúde e assistência social.

#### 4 GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao pensar sobre as relações de gênero é necessário marcar a diferença entre sexo e gênero, ter bastante clareza de que esses conceitos não são sinônimos e portanto, não podem ser inferidos como tal. Francisco Cabral e Margarida Diaz em seu texto *Relações de Gênero* assim definem:

Sexo: refere-se às características biológicas de homens e mulheres, ou seja, às características específicas dos aparelhos reprodutores femininos e masculinos, ao seu funcionamento e aos caracteres sexuais secundários decorrentes dos hormônios. Gênero: refere-se às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais. (CABRAL, Francisco & DIAZ, Margarita, 1999, p. 142)

O modo de ser homem e de ser mulher podem ser diferentes de acordo com o local onde se vive, a cultura e também podem ser modificados com o tempo. Essa construção se inicia na infância e perpassa por toda a vida marcando a maneira de pensar, sentir e agir, enfim o modo de vida aceito para homens e mulheres. As brincadeiras, os jogos infantis, os filmes, as músicas apresentam a mulher como frágil, dependente, responsável pelo cuidado com o outro e restrita ao domínio privado, enquanto o homem aparece forte, independente, provedor, de modo geral não aparece envolvido em atividades de cuidado e tem livre acesso aos espaços públicos.

Assim nesse processo naturalizado no cotidiano fortalece a desigualdade entre homens e mulheres em um cenário onde o feminino é inferior ao masculino, embora o lugar da mulher na sociedade venha passando por alterações desde a segunda guerra mundial, com avanços e retrocessos no que diz da conquista de direitos e superação de um lugar inferior ao do homem nas sociedades contemporâneas, a invenção da pílula anticoncepcional em 1970 é por exemplo, um marco na mudança do exercício da sexualidade feminina. Até então a sexualidade da mulher era apresentada sempre ligada à reprodução e nunca ao prazer, ao contrário do que acontece com os homens, o que nos homens é reconhecido de modo positivo às mulheres era negado, reprimido e controlado. A pílula e outros avanços permitiram a mulher sair deste lugar e também e viver sua sexualidade com prazer, já que permitiu a ela o controle da reprodução, mais ainda sim os homens exercem, mesmo que forma velada controle sobre a sexualidade da mulher, as mulheres encontram pouco espaço para negociarem o uso do preservativo, cabendo ao homem a decisão de usar ou não e aumentando assim o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, inclusive HIV e hepatites. Grande parte da responsabilidade pela reprodução recai sobre as mulheres o que impacta no campo do trabalho. Há uma divisão sexual do trabalho que elege carreiras femininas e masculinas, onde as

mulheres ocupam menos cargos de gerência e são pior remuneradas. O fato da reprodução biológica acontecer no corpo da mulher é naturalizado como sendo dela toda a responsabilidade pelo cuidado, exclui muitas vezes o homem e causa uma sobrecarga de trabalho que inclui o trabalho fora de casa e de cuidadora exercido sem remuneração. É bastante contraditório o fato da população feminina superar a população masculina no Brasil, a mulher ser em muitos casos a provedora da casa e ainda sim a desigualdade permanecer. Quando se trata de representação política a mulher é minoria, não tem voz de decisão nos cargos que ocupa.

Essas relações de poder estabelecidas de modo desvantajoso para mulher marcam o exercício da cidadania, dos direitos sexuais e reprodutivos e o cuidado com a saúde.

A desigualdade de gênero, como outras formas de diferenciação social, trata-se de um fenômeno estrutural com raízes complexas e instituído social e culturalmente de tal forma, que se processa cotidianamente de maneira quase imperceptível e com isso é disseminada deliberadamente, ou não, por certas instituições sociais como escola, família, sistema de saúde, igreja, etc. .(CABRAL, Francisco & DIAZ, Margarita, 1999, p. 144)

O Fórum Mundial Econômico divulga desde 2006 o Relatório Global Gender Gap Report onde analisa a igualdade entre homens e mulheres nas categorias educação, saúde trabalho e renda e participação política em 144 países do mundo. O relatório 2017 publicado em novembro aponta o retrocesso do país quem em 2006 ocupava a 67º posição e agora ocupa a 90º, na América Latina a frente apenas do Paraguai e da Guatemala. Os países que ocupam o topo da lista são Islandia, Noruega e Finlândia e os últimos colocados são Iêmen, Paquistão, Síria e Chade. No Brasil merece destaque a eliminação da desigualdade entre homens e mulheres na educação, sendo que no ensino superior o número de mulheres supera o número de homens, o único país da América Latina e um dos 6 no mundo a alcançar esse índice. Na saúde também há avanços, as mulheres possuem hoje maior expectativa de vida que os homens. Nos quesitos renda e participação política o país enfrenta grande desigualdade entre homens e mulheres, o que contribui para o índice decair, em novembro de 2017 eram apenas 10% de deputadas federais, 16% de senadoras e 7% de ministras o que corresponde a 2 ministérios e revela a fragilidade da participação política na esfera federal, fato que se repete em estados e municípios. Mesmo com maior escolaridade a mulher brasileira continua a ocupar cargos de baixa hierarquia e menor poder decisão, quanto maior o poder decisão menor o número de mulheres. Segundo o relatório os vencimentos das mulheres correspondem a aproximadamente 58% dos vencimentos masculinos, ainda às mulheres cabe trabalhos domésticos como cuidar das crianças e idosos, cozinhar, limpar entre outros naturalizados como

femininos e que não são remunerados e nem compartilhados com os homens. De acordo com o relatório de 2017 serão necessários um século para eliminar a distância global entre homens e mulheres e mais de dois séculos para eliminar a diferença no local de trabalho.

Nesse contexto as questões de gênero não podem ser desprezadas ao formular políticas públicas. O Relatório “SO WHAT?” 2006 da Organização Mundial de Saúde – OMS traz uma análise sobre a integração do enfoque da promoção e equidade de gênero aos programas de saúde reprodutiva conforme recomendação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo – CIPD 2004. Na metodologia apresentada pelo relatório a integração do enfoque de gênero pode ocorrer nos programas de 03 modos: “as ações que exploram as desigualdades de gênero, as que conciliam as diferenças entre os gêneros e as que efetivamente transformam as relações de gênero”.(Relatório “SO WHAT?” 2006, p. 01) O ideal seria que os programas e serviços pudessem incorporar ações que permitam a efetiva transformação das relações de gênero interferindo na desigualdade que inferioriza as mulheres, sua capacidade e condição de decisão sobre seu corpo e sua vida. Nas situações onde apenas se explora as desigualdades de gênero pode se obter um efeito contrário, reforçando a superioridade masculina e reforçando o caráter de dependência e dificultando as tomadas de decisão. As ações que conciliam as diferenças de gênero buscam melhorar as condições das mulheres para que se cumpram com o normatizado para o seu gênero sem romper com a situação desigual, acontece quando há a concessão de benefícios, serviços especializados para atender mulheres em horários diferenciados que permitam o cumprimento de suas responsabilidades, oferta de cuidadores para crianças entre outras ações. As ações que procuram transformar as relações de gênero buscam resultados de longo prazo, a transformação da relações de gênero se dá através do incentivo a compreensão crítica sobre os papéis e normas de gênero, promoção da posição da mulher, contestação dos desequilíbrios de poder, distribuição de recursos, abordagem das relações desiguais de poder entre as mulheres e os provedores de saúde. (Relatório “SO WHAT?” 2006)

Essas 03 categorias ampliam o horizonte para a análise dos serviços de saúde e assistência social ofertados aos usuários de drogas no Brasil e permitem identificar se em alguma medida consideram o enfoque de gênero em suas intervenções.

O reconhecimento de que as normas de gênero são uma maneira de conferir organização a sociedade e a partir dessa constatação é possível compreender alguns pressupostos sobre o consumo de drogas por mulheres e homens. As pesquisas e a

literatura apontam que há diferenças entre mulheres e homens no que diz sobre a iniciação do consumo, tipo de drogas consumidas, modo de adquirir e manter o consumo, busca e acesso aos serviços de saúde e vulnerabilidade para HIV e infecções transmissíveis sexualmente (ITS). As mulheres usam menos drogas ilícitas, começam mais tarde, usam em menor quantidade e por menos tempo que os homens. (NASCIMENTO et al 2009)

“O consumo de drogas por mulheres, pelo menos daquelas consideradas ilegais, está em desacordo com os papéis sociais e culturais destinados às mulheres, quais sejam: mãe, esposa e cuidadora da família”. (NASCIMENTO et al. 2009, p.696) O homem desde a infância tem maior acesso aos espaços públicos, enquanto a mulher vive no domínio privado e essa relação pode ser uma das normas de gênero que contribuem para diferença quanto ao acesso à droga e início do uso.

Para aquisição e manutenção do uso as mulheres usam o corpo e o sexo com maior frequência e os homens se envolvem em atividades criminosas, essa situação aumenta a vulnerabilidade de mulheres para a contaminação por HIV e ITS.

Mesmo entre as mulheres usuárias não há homogeneidade quanto ao tipo de droga usada, idade e acesso aos serviços de atenção. O uso de álcool, maconha, cocaína, crack, inibidores de apetite é mais comum em mulheres jovens, já o tabaco, álcool e os tranquilizantes mais comuns em mulheres adultas e idosas. Há uma distinção entre as mulheres de acordo com as relações que estabelecem para adquirir a droga, há aquelas em que o parceiro é o fornecedor e elas dependem dele para obter a substância, não frequentam as cenas abertas de uso, usam em casa e conseguem manter minimamente as funções de dona de casa, mãe, cuidadora, nessa relação a posição do parceiro é determinante para a adesão aos serviços de tratamento. As profissionais do sexo, muitas delas chefes de famílias também, consomem drogas e isso está relacionado ao exercício da profissão, mulheres que frequentam as cenas de uso, podem estar em situação de rua e trocam sexo por drogas e tem maior risco de se envolver em atos ilegais, outra diferença é a mulher usuária que está grávida, que cuida de crianças, que está presa, a que é provedora da casa. A questão de possuir ou não renda e qualificação profissional devem ser considerados pelos serviços para criar espaços para o atendimento de diferentes perfis de mulher.

O Núcleo de Pesquisa em Drogas, Vulnerabilidades e Comportamentos de Risco à Saúde e o Centro de Referência em Drogas da UFMG – CRR UFMG publicou em 2016 o livro “Vulnerabilidade e o Uso de Drogas” com o objetivo de discutir os múltiplos aspectos da vulnerabilidade ligada ao uso de substâncias psicoativa e dedicou os capítulos 10 e 11 a Vulnerabilidade nas mulheres e Gestação e

Vulnerabilidade. Ao final do capítulo 10, o autor conclui que “Percebe-se que ser mulher, por si só, já pode ser considerado um fator de risco e de vulnerabilidade para o início de uso e progressão para a dependência de drogas”. (GARCIA et al., 2016, p.148) e ao longo do capítulo descreve os fatores sociais, econômicos e até biológicos que tornam a mulher mais vulnerável ao início e manutenção do consumo de drogas e também dificultam a adesão da mulher ao tratamento e aos serviços de assistência. O reconhecimento das diferenças biopsicossociais entre homens e mulheres e de suas implicações sobre a prevalência, comorbidades e tratamento de usuários de drogas fez com que o número de estudos com mulheres usuárias aumentasse nos últimos 15 anos. (GARCIA et al., 2016, p.147)

O modo como mulheres e homens iniciam o uso de álcool e drogas é diferente, enquanto o grupo de amigos tem grande influência sobre o início do uso de drogas a família tem influência sobre como a maneira como as meninas iniciam o consumo de álcool e tanto na adolescência quanto na vida adulta os parceiros tem influência no início do consumo, manutenção e adesão ao tratamento. As mulheres usuárias de drogas em geral se relacionam com homens que também são usuários e muitas vezes são os seus fornecedores de drogas, a relação afetiva acaba interferindo na adesão ao tratamento. O poder exercido pelos homens sobre a mulher que deseja parar ou reduzir o consumo deve ser considerado pelos profissionais ao propor planos de intervenção.

A fragilidade dos vínculos familiares, a presença de violência na infância, traumas na vida adulta como violência, separação, perdas, perda do emprego são marcas na vida das mulheres que usam drogas. Além do histórico de MT na infância presente em muitas mulheres usuárias de drogas, identificam-se outras situações de violência ao longo do desenvolvimento. Estudos ressaltam que mulheres usuárias de álcool e outras drogas ilícitas, tais como maconha, cocaína e *crack*, possuem histórico de revitimização na vida adulta, vivenciando situações de violência conjugal. MT – (Maus Tratos). (GARCIA et al., 2016, p.143) Com essas experiências, a violência praticada por parceiros acaba sendo naturalizada e entendida como sendo parte do cotidiano o que não gera denúncia e nem notificação dos profissionais que atendem, essa normalização é mais um fator de vulnerabilidade para mulheres.

“Os danos na saúde global tendem a aparecer mais rapidamente entre as mulheres”. (GARCIA et al., 2016, p.146) Tais danos envolvem a saúde física e mental afetam também a gestação e o feto causando grandes problemas ao desenvolvimento do bebê. O uso de tabaco e álcool as drogas lícitas mais usadas no Brasil por homens e mulheres predispõe o aparecimento de câncer de pulmão, ovário, mama, colo do

útero e bexiga, cirrose hepática, hipertensão, anemia, desnutrição, problemas gastrointestinais e cardiopatias. (GARCIA et al., 2016, p.157)

O uso de cocaína e de *crack* foi relacionado a alterações nos hormônios femininos, no ciclo menstrual e na fertilidade. As mulheres usuárias, em sua maioria, queixam-se de dores de cabeça, enquanto os homens usuários costumam relatar paranoia e agressividade. (GARCIA et al., 2016, p.157)

Mulheres com TUS são mais propensas a apresentar critérios diagnósticos para transtornos de humor e de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos relacionados a trauma e estresse, além de transtorno de personalidade borderline. (GARCIA et al., 2016, P.145)

Esse dado vai de encontro aos dados de pesquisas que apontam o auto consumo de medicamentos entre as mulheres no país, a medicalização, muitas vezes de forma clandestina sem acompanhamento médico aparece como meio de solucionar problemas como ansiedade, depressão e questões relacionadas ao corpo feminino, como controle do peso.

Quando se trata de saúde da mulher não se pode excluir a gravidez, o número de gravidezes entre as mulheres usuárias de *crack* é superior ao número encontrada entre as mulheres que não fazem uso de *crack* e outras drogas. As substâncias mais consumidas no Brasil, como álcool, tabaco, maconha e cocaína, têm alto potencial de passagem pela barreira placentária, atingindo o feto em níveis séricos semelhantes aos da mãe. Além de prejuízos no desenvolvimento intrauterino e perinatal, a mãe também sofre danos decorrentes do uso abusivo de substâncias, como aumento da pressão arterial, alterações no comportamento e no humor e prejuízo na produção do leite materno, outros agravos como pré eclampsia, aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, síndrome de morte súbita do recém nascido, complicação respiratória, retardo no desenvolvimento dentro e fora do útero, síndrome alcoólica fetal, déficit intelectual e de atenção, situações que põem em risco a vida da mulher e do bebê e exigem acompanhamento diferenciado dos serviços de saúde, assistência social e educação. Um dos fatores de risco mais importantes é o status socioeconômico; as mulheres que vivem em contextos mais pobres, com falta de recursos e acesso mais fácil às drogas são mais propensas a usar substâncias durante a gravidez. A chance de voltar a consumir drogas após o nascimento do bebê é grande e pode prejudicar o vínculo entre a mãe e o bebê. Entre as substâncias mais consumidas durante o período gestacional, o tabaco e o álcool são as mais relatadas. (GARCIA et al., 2016)

O abrigo de bebês filhos de mães usuárias de drogas, especialmente de *crack* tem sido rotina e traz uma complexa discussão que envolve saúde, assistência social e justiça no embate de encontrar a melhor forma para atender as mulheres grávidas antes e depois do parto. Questiona-se se a institucionalização dos

bebês é de fato a melhor resposta, uma vez que aparece como resultado da falha dos serviços de saúde e assistência social em inserir essa gestante nos serviços de atenção e saúde e formular juntos alternativas ao cuidado com o bebê e o planejamento familiar.

A condição desigual entre mulheres e homens no campo do acesso a trabalho e renda também aparecem como fator de desigualdade no que diz do início do uso de drogas, e do acesso e adesão aos serviços de atenção e tratamento.” Na vida adulta, as dificuldades econômicas e sociais, como o desemprego e falta de recursos financeiros, também são fatores ligados ao início de uso de drogas”. (GARCIA et al., 2016, p.144) Os homens mesmo em contexto de uso tem mais acesso a trabalhos formais com garantias previdenciárias o que garante muitas vezes direito a auxílio doença concedido pelo INSS por meses, permitindo acesso a renda enquanto realizam tratamento, isso não acontece com as mulheres que tem menos acesso a empregos formais de carteira assinada, não tendo assim acesso a direitos previdenciários. Retornar ao mercado de trabalho também é mais difícil para mulheres pois, o estigma de usuária de drogas é bastante presente e gera desconfiança na comunidade que recusa ofertar trabalho para essas mulheres. “O envolvimento em atividades ilegais como forma de sustento é prevalente, sendo a prostituição e os serviços de entrega de droga (aviãozinho) as atividades mais recorrentes entre as usuárias de *crack*”. (GARCIA et al., 2016, p.145), a ausência de acesso a trabalho formal e oferta de atividades ligadas a droga como o transporte e entrega ou aos usuários, como a prestação de serviços sexuais coloca a mulher num círculo vicioso difícil de ser rompido.

Apesar de o uso de drogas não estar limitado a determinada classe socioeconômica, reconhece-se significativa parcela de indivíduos com TUS entre populações de baixa renda. Sugere-se que ambientes desfavoráveis e com poucas condições e oportunidades para o sustento podem levar o indivíduo a desenvolver estratégias de enfrentamento inadequadas para lidar com as adversidades e, por consequência, tornar-se mais suscetível ao desenvolvimento de TUS<sup>54</sup>. (GARCIA et al., 2016, p.144)

Reconhecer a pobreza como um fator de vulnerabilidade para o uso de drogas e a maneira como isso afeta as mulheres nos coloca diante de um cenário vasto para pensar prevenção uma vez que sabemos que o Brasil é um país com uma marcante desigualdade econômica e que essa desigualdade se acentua entre homens e mulheres, ou seja existe uma grande população com risco de iniciar o uso de drogas e transformar esse uso numa questão social e de saúde o que exige que políticas públicas alcancem essa população de modo preventivo e de atenção aos usuários.

Indicadores socioeconômicos revelam distinções entre mulheres que fazem uso de *crack* em comparação a homens, como também em relação a mulheres que fazem uso de cocaína. Por exemplo, foi identificado que a proporção de mulheres usuárias de *crack* que vivem em situação de rua é maior em comparação a homens. (GARCIA et al., 2016, p.145)

Nesse círculo vicioso que mantem as mulheres atreladas à droga e dificulta a adesão aos serviços de atenção o uso do corpo como mercadoria de troca por drogas e sustento às expõe a diversos riscos. As mulheres usuárias de drogas, diferentemente dos homens, possuem mais propensão a comportamentos sexuais de risco. A prostituição é percebida por muitas usuárias como um meio mais seguro (do ponto de vista legal) e rentável para garantir seu sustento quando comparada a alternativas ilegais, tais como assaltos e furtos.(GARCIA et al., 2016, p.147)

Além da marca de usuária de drogas que esta no inverso do que é determinado pela sociedade como comportamento da mulher ao assumir a prostituição como meio de vida as mulheres agregam outro estigma, mulher, usuária de drogas, prostituta, isso gera preconceito e dificuldade de acesso a trabalho formal e até atendimentos de saúde, onde os profissionais podem inferiorizar essa mulher por acreditar que não é possível superar essa condição ou que ela assim permanece por desejo próprio e que não merece atenção, sem considerar todas as linhas complexas que a conduziram a tal situação. O estigma social, desta forma, aparece como um dos possíveis motivos responsáveis por distanciar as mulheres dos serviços de saúde. O medo de julgamento e a vergonha são aspectos que fazem com que essas mulheres procurem menos auxílio especializado para tratar o TUS. Em paralelo, muitos profissionais responsáveis pelo atendimento de tal demanda possuem uma visão estereotipada em relação ao papel feminino e, por consequência, mesmo que não explicitamente, demonstram preconceito contra as usuárias de drogas. Não considerar as questões de gênero e o impacto das relações de poder existentes entre homens e mulheres compromete a ação dos serviços de atenção e pode reproduzir as desigualdades no momento dos atendimentos.

A inserção do enfoque de gênero no acolhimento de usuárias de drogas é uma das formas de aproximar os serviços de atenção dessas mulheres o que ainda constitui um desafio.

## 5 ANÁLISE EMPÍRICA

O fato dos homens serem a maioria dos usuários de crack no Brasil coloca a mulher num lugar de quase invisibilidade. As políticas públicas e os serviços de atenção aos usuários parecem contemplar apenas o perfil masculino médio caracterizado como sendo o jovem, não branco, de baixa escolaridade e acesso precário ao mercado de trabalho. Conseqüentemente, esses jovens geralmente auferem rendimentos baixos e muitas vezes estão envolvidos em situações ilegais, como o tráfico, roubos e furtos. Assim, nota-se que além do uso de drogas, outras realidades colocam esse indivíduo em uma situação de risco e vulnerabilidade social.

Ressalta-se que mesmo as pesquisas nacionais sobre uso de drogas no Brasil reservam pouco espaço à compreensão das peculiaridades vivenciadas pelas mulheres nesse contexto. Assim sendo, saber quem é a mulher que usa crack no Brasil, quais são as especificidades demandadas para seu atendimento, como os equipamentos de saúde e assistência social as atendem, se consideram em sua organização as questões de gênero e como isso se reflete na adesão das mulheres aos serviços ajuda dar visibilidade a essa que parece ser uma das questões contemporâneas mais complexas das grandes, médias e pequenas cidades, uma vez que o uso de crack se esparramou pelo país atravessando todas as fronteiras físicas e sociais.

Este capítulo apresenta duas análises dentro dessa discussão. A primeira é realizada a partir da descrição dos serviços ofertados pelo CRAS e CREAS, equipamentos da Política de Assistência Social e dos serviços ofertados pelo CAPS-AD, equipamento da Política de Saúde criado especificamente para a atenção ao usuário e álcool e drogas. A segunda será realizada a partir das informações colhidas em entrevista com as gerentes do CRAS, CREAS e do CAPS-AD instalados no município de Itaúna, Minas Gerais.

O que se pretende com essas duas análises é saber se na descrição dos serviços a serem ofertados pelo CRAS, CREAS e CAPS-Ad está escrito algo que contemple o enfoque de gênero para o atendimento de mulheres usuárias de drogas, especificamente do crack. Seja apenas na dimensão da exploração das desigualdades de gênero, na conciliação das diferenças de gênero ou em atividades que visam efetivamente transformar as relações de gênero e saber como isso se efetiva no município de Itaúna nos três serviços. (Relatório "SO WHAT?" 2006) A Pesquisa Nacional sobre Crack de 2014 é uma das poucas a destinar um capítulo específico para a questão. Nesta, o perfil das mulheres encontrado foi parecido com o dos homens: jovens, não brancas, com baixa escolaridade, pouco acesso a trabalho e

renda. Encontra-se uma expressiva fragilidade dos vínculos familiares, geralmente marcados por traumas e violência assim como, por passagem por situação de rua e gravidez. Muitas mulheres que usam crack no Brasil realizam trabalhos e trocas sexuais sem proteção, o que as expõe a vários tipos de violência, especialmente a sexual que vitimou 44% das usuárias. Além disso, o envolvimento tráfego, roubos e furtos é recorrente na vida dessas mulheres. Segundo dados disponibilizados pelo site do OBID 58% das mulheres que cumprem pena no Brasil cometeram crimes associados ao tráfico de drogas. Ressalta-se que o envolvimento com drogas tornou-se nos últimos anos o maior responsável pelo aprisionamento de mulheres.

O município de Itaúna não possui dados sobre o perfil da população usuária de crack em seu território, há fortes indícios de que a situação de Itaúna seja semelhante à do Brasil, uma vez que na minha experiência profissional atuando junto as políticas de assistência social e saúde percebo que as mulheres que declaram uso de drogas, especialmente o crack, são jovens, não brancas, tem pouca escolaridade, estão fora do mercado de trabalho, estão contaminadas por HIV ou sífilis, tem histórico de gravidez e trazem no corpo marcas de violência, inclusive relatam violência sexual, o seja o perfil é coerente com o apontado pelas pesquisa. indicadores.

Embora algumas características de homens e mulheres sejam parecidas, inclusive no contexto vivenciado no uso, não se pode desprezar as características próprias do feminino e igualar mulheres e homens quando se trata do uso de drogas, principalmente de crack. Há diferenças importantes entre homens e mulheres na maneira como consomem drogas, na quantidade, no tipo de droga consumida, na forma como iniciam o uso, nas situações de violência a que se expõem, no modo como estabelecem relações sociais e afetivas, como mantêm o uso e como aderem aos serviços de atenção.( Bastos FI, Bertoni N, Orgs. 2014)

Embora nas características mais gerais haja uma certa homogeneidade em termos de condição socioeconômica, raça/cor e faixa etária, tanto para homens quanto para mulheres, os fatores psicossociais tem forte influência na construção da história de uso de drogas e na busca e adesão aos serviços de atenção e tratamento. Assim diferenças com a fase da vida que iniciaram o uso de drogas, se o fato se deu na adolescência ou na vida adulta e todas as vivências dessa mulher, como perdas, traumas e a situação dos vínculos familiares devem ser considerados pelos serviços.

Assim como o tipo de droga consumida e os efeitos provocados no corpo, no comportamento e nas relações sociais. A presença de doenças mentais anteriores ao uso que podem ser agravadas ou que apareceram após o consumo de drogas, devem se consideradas, incluindo o uso dos medicamentos, bastante comum entre as mulheres. Assumir o enfoque de gênero nessa abordagem permite perceber as

relações de poder estabelecidos entre parceiros afetivos, se o homem domina a mulher em suas escolhas, se ele é o fornecedor das drogas, se é o seu agressor e se esta presente nos mesmos espaços dos serviço de atenção, possivelmente sua influência sobre a adesão ao tratamento será marcante, podendo inclusive superar as ações da saúde e da assistência social. Esses pontos determinantes para facilitar ou dificultar a adesão e precisam ser considerados pelas equipes ao propor a intervenção. (GARCIA et al 2016)

A feminização da pobreza onde nota se mulheres jovens, sem escolaridade, sem capacitação profissional, com filhos pequenos e responsáveis pela manutenção da casa e dos filhos agravam a questão do uso do crack e suas implicações nas variadas dimensões da vida da mulher. O estigma de usuária de drogas presente mesmo depois de parar de usar gera uma marca que dificulta a entrada no mercado de trabalho, a relação de cuidado com os filhos, muitas vezes abrigados pela justiça, gera desconfiança nas relações familiares e comunitárias. Essas dificuldades e a falta oportunidades de reinserção social acabam por contribuir para mulher retomar o uso e não superar a situação de pobreza.

“Estudos voltados para a questão de gênero possibilitam melhor compreensão desse fenômeno e, mais que isso, permitem o desenvolvimento de estratégias de tratamento eficazes para atender a população feminina”. (GARCIA et al., 2016, p.148) Pode se apontar que inserir o enfoque de gênero através de ações que conciliem as diferenças entre os gêneros e a longo prazo pretendam a transformação das relações de gênero completam uma lacuna de conhecimento que pode favorecer a busca e adesão aos serviços de atenção pelas mulheres, a construção de projetos de vida em que o não uso de drogas ou o uso controlado possibilite o cuidado com a saúde e a construção de relações sociais mais saudáveis.

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental do SUS, expressas na Lei 10.216/01 estão: implantação e consolidação de rede aberta de atenção psicossocial; construção e inserção de uma política de drogas no campo da saúde pública; formação permanente de recursos humanos; integração com outras políticas públicas, base para construção da atenção em saúde dispensado aos usuários de drogas, trata-se de diretrizes universais, sem considerar as necessidades de nenhum perfil específico de usuários de drogas (criança, adolescente, mulher, idoso).

Uma década depois, a Portaria nº 3.088/11 do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. As atividades de prevenção, redução de danos, promoção da reabilitação e reinserção social, além da regulação e organização das demandas e fluxos e o

monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados devem ser executados por 07 componentes : 1. Atenção básica (UBS e Atenção básica para populações específicas e centros de convivência); 2. Atenção psicossocial especializada (Centros de atenção psicossocial – CAPS, ou CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental, em Belo Horizonte); 3. Atenção de urgência e emergência (SAMU, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento-UPA, portas de urgências hospitalares; UBS); 4. Atenção residencial de caráter transitório (Unidade de acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); 5. Atenção hospitalar (Enfermarias especializadas em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); 6. Estratégias de desinstitucionalização (Serviços residenciais terapêuticos) e 7. Reabilitação social (BRASIL,2011). A RAPS – Rede de Atenção Psicossocial - traz um avanço, pois amplia os pontos de atenção aos usuários de drogas sem no entanto trazer consideração sobre a questão de gênero.

O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS AD unidade específica dentro da Política Nacional de Saúde Mental do SUS é responsável pelo atendimento às demandas de saúde e saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se equipamento novo, pois por muito tempo as questões dos usuários de drogas estiveram à margem da atenção em saúde, sendo muitas vezes consideradas questões de falha de caráter e de responsabilidade única da pessoa que faz uso. Exemplo dessa situação são as Comunidades Terapêuticas, chamadas também de fazendinhas que tratavam o uso de drogas com internações de 9 meses e práticas voltadas para a religião, muitas vezes sem os cuidados de saúde necessários. Até o ano 2000 não haviam dados nacionais sobre o uso de drogas no país, quando foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas e só em 2002 após a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde se institui um equipamento específico para atender os usuários de álcool e outras drogas. Ainda hoje o estigma e o preconceito podem de maneira velada transpassar a postura de profissionais o que pode contribuir para dificultar a adesão aos atendimentos propostos. (GARCIA et al., 2016)

Em consonância com as diretrizes da Lei 10.216/2001, o CAPS AD centra suas ações com base no território e na articulação com a rede de saúde de forma a atender de maneira universal, equânime e integral, de portas abertas e integrada a outras políticas públicas. Um dos grandes desafios da política de saúde é essencialmente a questão da integração e articulação com outras políticas como: assistência social, educação, trabalho, habitação e garantia de direitos. Compartilhar o

atendimento do usuário de modo multidisciplinar e intersetorial é fundamental, mais ao mesmo tempo, seu grande dificultador. (BRASIL,2001)

O surgimento do crack e o aumento crescente de usuários representa com bastante clareza esse contexto que vai além dos serviços de saúde e exige esse enlace como outras políticas públicas. A revisão de algumas normativas dos serviços de saúde, como a necessidade de documentação e comprovação de endereço, a realização de treinamento das equipes de saúde para o acolhimento e a redução do estigma dos usuários de drogas se mostram essenciais para aderência dos que buscam os serviços de saúde e assistência social.

A Pesquisa Nacional sobre o Crack 2014 apontou que os usuários de crack consideravam importante em um serviço de atenção: serviços básicos de saúde, gratuidade, localização próxima ao local onde fazem uso, horário conveniente; oferta de alimentação, banho e cuidados de higiene; manter o anonimato, polícia não ter acesso ao local; interação para conseguir estudar, trabalhar e participar de atividades comunitárias de lazer e esportes . .( Bastos FI, Bertoni N, Orgs. 2014)

O que os usuários apontam como sendo importante em um serviço de atenção é consonante com as ofertas de serviços do CAPS AD, nele estão presentes os serviços básicos de saúde como médico clínico geral e cuidados de enfermagem, é equipamento do SUS, portanto gratuito, é equipamento territorializado devendo ser instalado em locais que concentram cenas de uso, pode ter seu horário flexibilizado, podendo funcionar vinte quatro horas, trata-se de equipamento de tratamento não tendo caráter investigativo de crimes, oferta alimentação para aqueles que estão em permanência dia e a reinserção social deve ser contemplada no projeto terapêutico individual.

A conclusão de que o abuso de crack é hoje um problema fortemente social não significa minimizar ou secundarizar a importância das ações de saúde, até porque muita das ações de saúde pública tem forte cunho social, na medida em que podem contribuir para reduzir as desigualdades sociais e buscar oferecer ou resgatar a qualidade de vida das pessoas. .( Bastos FI, Bertoni N, Orgs. 2014 p. 152)

Quando trata se de atender a mulher que usa crack, essa dimensão tem ainda mais importância, pois abrange a necessidade de lidar com questões específicas da mulher como gravidez, abrigo, violência, transformação das relações de gêneros, construção de vínculos afetivos mais equânimes entre outras.

O Brasil tem 57% do seu território coberto por CAPS –AD sendo a região Sul que apresenta maior cobertura 76%, na região sudeste há apenas 50% . Em Minas Gerais são apenas 57 CAPS AD em funcionamento, a grande maioria dos municípios

mineiros ainda não conta com serviço especializado. Itaúna implementou o CAPS AD no ano 2008, sendo um dos primeiros em Minas Gerais a contar com o equipamento.

Os dados coletados sobre os atendimentos realizados pelo CAPS AD Itaúna foram solicitados à coordenadora através de questionário escrito, com o objetivo de identificar o número de atendimentos nos anos de 2015 e 2016, qual o número de homens e mulheres, comparar esses dados e analisar a situação descrita, identificar atendimentos específicos às mulheres usuárias de crack e outras drogas, analisar o enfoque de gênero dentro das dimensões de exploração, conciliação e transformação das relações de gênero e a integração dos serviços com rede, especialmente com os equipamentos de assistência social.

A coordenadora informou não possuir os dados tabulados dos anos de 2015 e 2016. Até outubro de 2017 743 pessoas iniciaram tratamento no CAPS AD de Itaúna. Tal situação impede a análise comparativa uma vez que é impossível responder se houve aumento ou diminuição de pessoas que procuram o serviço para tratar do uso de álcool e de drogas nos últimos 02 anos ou seja a situação de invisibilidade das mulheres se mantém.

Em 2017, a procura foi de 607 homens e 136 mulheres, dados compatíveis com as pesquisas nacionais que apontam um número superior de homens ao de mulheres em situação de uso. Se não se sabe ao certo quantos são, nada se sabe sobre o perfil de homens e mulheres, idade, cor, escolaridade, profissão, território onde residem, situação de rua entre outras categorias importantes para definição de modos de organização de atendimento e planejamento local de implementação de políticas públicas.

Em 2017 duas mulheres atendidas pelo CAPS AD Itaúna ficaram grávidas, mas, a entrevistada não sabe informar se houve abrigo dos bebês filhos de mulheres usuárias de crack.

A gravidez aumenta a vulnerabilidade da mulher usuária de crack e demanda outros tipos de acompanhamentos como pré-natal, realização de exames laboratoriais que identificam infecções sexualmente transmissíveis e HIV, o tratamento caso haja intercorrência de alguma dessas enfermidades e a necessidade de abrigo para mulher e bebê quando necessário. Possivelmente este acompanhamento foi realizado, porém não há registros, o que impossibilita a análise.

Foi iniciado um grupo com atividades específicas para mulheres, mas não houve adesão e nem continuidade. Para as mulheres que estão em permanência dia, há uma oficina de beleza que trabalha o cuidado com o corpo, e está em fase de planejamento, uma roda de conversa sobre violência doméstica. Tema muito

relevante, dados e os muitos relatos das mulheres em terem sofrido violência motivam essa ação.

Quanto ao trabalho em rede não há relato de fluxos de referência e contra referência entre CRAS e CREAS, existem encaminhamentos para oficinas no CRAS e Cadastramento Único para acesso ao Bolsa Família, ações pontuais, a coordenadora informou que reconhece a importância desse trabalho em rede e que parcerias mais concretas estão sendo construídas, não relata nada específico para mulheres.

A inexistência dos dados de atendimento quantificados impede a análise. A incompletude de dados como os que se referem ao acompanhamento de gestantes usuárias de drogas escondem a realidade das mulheres usuárias de drogas e crack que engravidam em Itaúna e dificultam o planejamento de ações específicas.

A existência de apenas uma atividade específica, a oficina da beleza, revela que o enfoque de gênero se dá apenas na dimensão de explorar a diferença de gênero, esta delimitado que é papel das mulheres de cuidar da aparência. A conciliação das diferenças de gênero pode ser um caminho para a adesão a um grupo, fatores como horário e local se pensados na realidade das mulheres em muito ajudam na adesão e pode ser um meio para a retomada do grupo de mulheres. A proposta de roda de conversa sobre violência cria um espaço em que as mulheres possam tratar do assunto, onde se possa discutir experiências, ampliar o conceito, receber informação sobre direitos e serviços ofertados pela rede e pode se constituir em uma atividade capaz de a médio e longo prazo contribuir para a transformação das relações de gênero.

Importante ressaltar que os dados foram coletados em setembro 2017 e que a coordenadora do CAPS AD havia assumido o cargo há menos de seis meses e era a segunda há assumir desde janeiro de 2017. Além disso, é importante registrar que houve um roubo dos computadores em 2016, o que acarretou na perda de muitos registros de trabalhos realizados.

Cabe ressaltar que o atendimento e o acompanhamento dos indivíduos e famílias devem ser compartilhados com a saúde, durante e após o tratamento. O atendimento compartilhado deve ser feito por meio de alinhamentos conceituais, realização de atividades conjuntas, discussão de caso e construção conjunta dos planos de atendimento. Esta articulação está prevista no SUAS e no SUS e representa a superação da incompletude existente nas políticas sociais, buscando ofertar atenção integral aos indivíduos e famílias. Esta interdependência e incompletude está presente em ambas as políticas. A de saúde necessita de uma rede de suporte social composta por dispositivos comunitários de acolhida e promoção social; já a política de assistência social precisa do apoio de uma rede de atenção e cuidado de saúde. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, SÃO PAULO, 2011, p. 111)

Itaúna contava nos anos de 2015 e 2016 com 01 CRAS localizado num bairro da periferia com alto grau de vulnerabilidade social e 01 CREAS localizado no centro de Itaúna. O município não possui Centro POP e nenhum equipamento público da proteção social de alta complexidade que consiste nos abrigos, há na cidade um albergue e uma casa de apoio que prestam serviços a população em situação de rua, entidades da sociedade civil vinculadas ao SUAS.

A leitura da descrição dos serviços ofertados pelo CRAS e CREAS não traz de modo claro qualquer menção à questão de gênero. A matricialidade sociofamiliar é um dos princípios do SUAS para a oferta dos serviços da Política de Assistência Social, aparece descrita junto a todas as ofertas, no entanto quanto a atenção diferenciada da mulher, não há registros.

O programa de transferência de renda Bolsa Família explora a desigualdade de gênero ao trazer a mulher prioritariamente como responsável familiar, detentora do cartão e responsável pelo cumprimento das condicionalidades que estão ligadas ao cuidado dos filhos de saúde e educação. Pode se vislumbrar traços que propõem através dessas e de outras medidas, como a inserção em outras políticas, uma transformação das relações de gênero, mas para essa afirmação é necessário análises mais profundas que não cabem nesse texto.

A Política Nacional de Assistência Social publicada em 2004 traz delimitada em seu público alvo a pessoa que faz uso de substância psicoativas – álcool e outras drogas, entretanto a mulher usuária e suas demandas específicas não são delimitadas. Entre outras necessidades dessa mulher, são exemplo de equipamentos demandados, o abrigo preparado para acolher mulheres grávidas, com bebês e crianças pequenas.

Os CRAS e CREAS registram mensalmente seus atendimentos num sistema chamado RMA – Registro Mensal de Atendimento, através do qual informam ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário seu público atendido. Isso permite levantar dados no município, estado e união sobre as principais demandas que chegam até esses equipamentos. O RMA do CRAS não traz nenhum campo que permita quantificar o número de mulheres atendidas, tampouco as famílias/indivíduos que apresentam o uso de drogas como um fator de vulnerabilidade e motivador da procura pelos serviços do CRAS, ou seja a questão das drogas e da mulher é invisível.

O RMA preenchido mensalmente pelo CREAS permite identificar as variáveis família/indivíduo, sexo e ciclo de vida quando se trata de inclusão no PAEFI de vítimas de violência e violação de direitos há um campo específico para mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

O Serviço de Abordagem Social ofertado pelo CREAS tem como função abordar pessoas que utilizam as ruas como moradia e sustento. Quantifica homens e mulheres abordados mensalmente. O registro é realizado por faixa etária: 0 a 12, 13 a 17, 18 a 59 e mais de 60 anos. Quantifica também o número de crianças e adolescentes e pessoas adultas usuárias de crack e outras drogas que estão nas ruas, mais não quantifica o número de mulheres.

O mesmo acontece com o RMA do Centro POP, identifica-se a quantidade de homens e mulheres que foram atendidos mensalmente, o número de usuários de crack ou outras drogas, mas não há campo para identificar o número de mulheres usuárias de drogas atendidas.

O mesmo que ocorre na descrição do CAPS AD ocorre na descrição dos equipamentos CRAS e CREAS não pontos específicos para tratar da situação de mulheres usuárias de drogas, seja para o atendimento direto seja para atenção das consequências provocadas pelo uso nos vínculos familiares e comunitários.

Com o objetivo de analisar os dados informados no RMA do CRAS e CREAS foi enviado um questionário para a Gerente do CRAS e para a Gerente do CREAS. Além dessas questões de preenchimento mensal obrigatório no RMA também foi solicitado informação sobre como os atendimentos prestados pelos equipamentos se integram com o CAPS AD e se é possível identificar o enfoque de gênero.

Quanto aos serviços ofertados pelo CRAS, a primeira questão buscava informação com base no RMA sobre o número de famílias em acompanhamento no PAIF nos anos 2015 e 2016, e se havia no serviço registro da interface com o uso de drogas. Foram informadas apenas os acompanhamentos do ano de 2016, o que não permite uma comparação sobre aumento ou diminuição dos atendimentos. Outro fato que chama atenção é que são apresentados números como 603 famílias acompanhadas em outubro, 534 em dezembro, mais de 300 famílias acompanhadas todos os meses do ano de 2016, o acompanhamento desse número de famílias é incompatível com a capacidade dos técnicos e a finalidade do PAIF.

Pode se concluir então que o município apresentou no período uma dificuldade de delimitar quais acompanhamentos fazem parte do PAIF e como preencher o registro mensal de atendimento. Quanto a interface com o uso de drogas foi respondido que não há registro numérico dos casos, mais identifica-se que o uso de substâncias psicoativas foi um fator de fragilização de vínculos familiares que motivou acompanhamento no PAIF. Também foi perguntado se havia algum dado sobre mulheres acompanhadas no PAIF que fazem ou fizeram uso de drogas e também não há registro de dado numérico. Quanto a atividades comunitárias com foco na mulher, há um relato de ação realizada por 30 dias em 2015 para o público de

mulheres internadas numa Comunidade Terapêutica sobre direitos sociais e autoestima, atingindo aproximadamente 20 mulheres, não há registro de atividade cujo o tema fosse drogas. Quanto a interface com o CAPS AD foi apontado o encaminhamento de casos, quanto ao encaminhamento de mulheres, não foi apontado nenhuma ação específica, também não foi apontado a existência de referência e contra referência e nenhum tipo de ação com objetivo acompanhar a adesão ao tratamento, não foi mencionado a discussão de casos em comum atendidos por CRAS e CAPS – AD.

Nos registros do CRAS também a questão da mulher usuária de drogas é invisível e não aparece registros que permitam analisar se a questão de gênero perpassa esses atendimentos.

O CREAS informou que em 2015 foram acompanhados no PAEFI 323 famílias ou indivíduos e em 2016, 367 famílias ou indivíduos. Um aumento de 7.4% de famílias ou indivíduos que sofreram violação de direitos. Dessas famílias, foi perguntado em quantas famílias ou indivíduos havia o uso de drogas e foi respondido que “ é delicado e difícil identificar o uso drogas”. Analisando essa resposta pode se concluir que a questão não foi entendida ou que o serviço não utiliza instrumentos para registrar informações sobre as famílias e suas vulnerabilidades, pois as pesquisas e a literatura apontam que usuários de drogas, especialmente os que estão em situação de rua e as mulheres estão sujeitos a sofrerem violência, mesmo sabendo das dificuldades de acessar os serviços, causa estranhamento que não exista registro de nenhum caso em 02 anos, nesse período registraram mais de 600 famílias acompanhadas.

Perguntado sobre o acompanhamento de mulheres usuárias de drogas a resposta é que não há registro específico sobre esse dado. Também foi perguntado quantas famílias com crianças ou adolescentes abrigadas em serviço de acolhimento em 2015 e 2016 foram acompanhadas e a resposta foi que este campo do RMA esta zerado. O CREAS não tem registrado esse dado, pois o município possui quatro abrigos e cerca quarenta crianças abrigadas. Como não há registro quantitativo não foi possível saber em quantas famílias com crianças abrigadas há uso de drogas por mulheres. Com base na minha experiência profissional posso afirmar que pelo menos 02 mulheres tiveram os filhos abrigados em função de negligências no cuidado com os filhos associada ao uso de crack. Sem registro de dados quantitativos essas e outras situações permanecem invisíveis.

Com relação ao Serviço de Abordagem Social em 2015 foram abordados 31 pessoas em situação de rua, sendo 26 homens e 5 mulheres. Em 2016 um total de 56 pessoas, sendo 46 homens e 10 mulheres, percebe-se que o número de mulheres

abordadas dobrou em um ano. Quanto ao uso de crack, em 2015, uma pessoa declarou o uso, e em 2016, foram sete pessoas.

Perguntado o número de homens e mulheres que declararam o uso de crack a resposta foi que não possuíam esse dado, informado ainda que baseado na experiência de abordagem de população em situação de rua, 90% faz uso de álcool. Quanto às atividades específicas voltadas para usuários de drogas foi relatado uma campanha chamada “Tire essa pedra do seu caminho” para a prevenção do uso de crack e nenhuma abordagem específica para mulheres. Sobre o trabalho em rede com unidades de saúde, CAPS AD e PSF foi informado que existem reuniões para discussão de casos, mais não há registro de números de casos discutidos nos últimos dois anos e nem de referência e contra referência.

No caso do CREAS percebe-se que alguns registros obrigatórios não estão sendo feitos, como é o caso do RMA, que em alguns casos aparecem zerados. Outro registro importante que também parece não estar sendo feito é o referente às reuniões com a com o técnicos da saúde, assim como o registro das discussões de caso. Também não há um olhar para a questão de gênero que ainda não está descrita na política de assistência social. Assim não foi possível identificar nos dados o enfoque de gênero em nenhuma das três dimensões apontadas pela literatura, a saber: explorar, conciliar e transformar as relações de gênero.

Há claramente um problema com os registros desses atendimentos, pois na prática os técnicos que atuam nas políticas de saúde e assistência social estão cotidianamente diante de situações em que as questões de gênero se apresentam. Como ainda não estão descritas nos documentos oficiais que norteiam os serviços, acabam por não estarem presentes também na execução.

Ao refletir sobre como tema do enfoque de gênero no atendimento de mulheres usuárias de drogas, especialmente o crack me chamou a atenção; identifiquei que durante os meus quase quinze anos de experiência profissional como assistente social atuando na política de saúde, na atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids e na política de assistência social atuando junto aos beneficiários do Programa Bolsa Família, cinco histórias de mulheres usuárias de drogas. A trajetória dessas mulheres reflete a vulnerabilidade descrita na literatura, as peculiaridades de ser mulher e para as quais a inserção do enfoque de gêneros nos atendimentos poderiam ou pode, já que três delas estão vivas, ser uma facilitadora para adesão ao tratamento do uso de crack e diminuição da vulnerabilidade.

Para preservar a identidade resolvi chama-las de Eva e apresenta-las na ordem numérica em que as conheci. Trata-se de um relato simples mais capaz de demonstrar a situação vivenciada.

Eva 1: Em 2005, um homem recebeu um diagnóstico de HIV e informou que tinha uma parceira que estava grávida. Ambos usuários de crack. Jovem, com menos de 30 anos, negra, analfabeta, e cognitivamente muito comprometida, possivelmente já efeito do crack. Ela não tinha endereço, vivia na rua e em casas de prostituição, era conhecida por um apelido, havia sido criada num orfanato, não tinha família, essa era a quinta gravidez, estava no sétimo mês e não havia feito nenhuma consulta de pré-natal. Nenhuma criança estava com ela. Também foi diagnosticada com HIV, foi abrigada em Albergue até o nascimento do bebê. A criança não se contaminou pelo HIV. A guarda do bebê foi dada a uma prima do parceiro, realizado o exame de DNA comprovou que ele não era o pai da criança, assim como já havia acontecido com outra criança de dois anos, entregue a outra parente do parceiro. Não havia CAPS AD. Morreu em decorrência da Aids cinco anos depois.

Eva 2: Usuária de crack, jovem, menos de 30 anos, branca, pouca escolaridade, sem trabalho, tem vínculo com uma irmã, vivia com parceiro usuário de crack. Tentou se matar jogando álcool e fogo no corpo, durante atendimento no Hospital João XXIII em Belo Horizonte, realizou teste de HIV com resultado positivo, estava amamentando um bebê, o quarto filho e nenhum estava sob sua guarda. O recém nascido apresentou várias sequelas do uso de drogas na gravidez, necessitando acompanhamento especializado de saúde e educação e uso de medicação. Perdeu a guarda da criança após vários episódios de ficar vários dias fora de casa usando crack. O parceiro morreu com Aids. Três anos após o diagnóstico apareceu grávida. Encaminhada ao CAPS AD passou por duas internações em hospital psiquiátrico já que não conseguia parar o uso, permaneceu internada até o parto e a presença da irmã foi fundamental. O bebê não se contaminou pelo HIV. Perdeu a guarda da criança para o pai. Retornou ao uso de crack, permanece tempos na rua, tempos na casa de parceiros ou da filha. Recentemente contou que cometeu um assassinato de um traficante em outra cidade, mais que não foi indiciada.

Eva 3: Teve uma filha na adolescência, usuária de álcool e crack, com passagens pela rua, perdeu a guarda da filha quando a menina tinha 9 anos. A criança permaneceu 9 anos abrigada, e em 2018 completa 18 anos. Em novembro levou 6 tiros e encontra-se internada numa Comunidade Terapêutica.

Eva 4: O parceiro estava internado em fase terminal com Aids e contou que a parceira estava grávida. Ela não era branca, jovem, em situação de rua, não possuía familiares em Itaúna, essa era a sexta gravidez, não havia realizado nenhuma consulta de pré-natal. O teste de HIV foi realizado na hora do parto, com resultado positivo, a criança não se contaminou pelo HIV. O bebê foi abrigado ao sair da maternidade, ela foi encaminhada a uma Comunidade Terapêutica e ao CAPS AD. Ela saiu da

Comunidade Terapêutica e não aderiu ao tratamento no CAPS AD. O parceiro morreu com Aids. A família de depois de quase dez anos sem notícias a reencontrou e pediu a guarda da criança que estava abrigada. A guarda foi concedida a uma tia. Nessa história chama atenção a formação de vínculo com uma agente comunitária de saúde do Programa de Saúde da Família da área onde ela costumava ficar e o parceiro residia. Essa agente foi fundamental para a adesão ao tratamento do HIV. Assassinada com cinco tiros em dezembro de 2017.

Eva 5: Usuária de crack, jovem, não branca, dona de casa, vivia com o marido e seis filhos. O marido morreu em função de complicações do uso de álcool, como não trabalhava de carteira assinada ela não teve direito a pensão por morte. Em função de negligências com o cuidado dos filhos, os sete foram abrigados. Ela interrompeu o uso, se envolveu com outro parceiro, engravidou novamente e estava em fase de reaver a guarda dos filhos junto com esse novo parceiro. Após o nascimento do bebê, retomou o uso de crack, perdeu a guarda do oitavo filho e encontra-se em situação de uso de drogas.

As mulheres descritas, além de usuárias de crack, também tem pouca escolaridade, ausência de qualificação profissional, fragilidade de vínculos familiares, trajetória de situação de rua, vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e HIV, situações ligadas a saúde mental como a tentativa de auto extermínio, alto número de gravidezes e perda da guarda dos filhos e vivência de situações de violência. Tantas situações de vulnerabilidades não deveriam estar invisíveis aos serviços, porém quando não produzem dados sobre esses atendimentos, uma situação concreta torna-se invisível e silencia a discussão sobre o tema, pois se não se sabe, ou não se sabe com certeza não é possível planejar e atuar de forma a inserir o enfoque de gênero na atenção às mulheres usuárias de drogas dentro de suas especificidades.

## 6 CONCLUSÃO

No percurso deste trabalho é possível perceber que o SUS e o SUAS são sistemas públicos que resultaram da construção coletiva de múltiplos conhecimentos e saberes e que não se encontram finalizados, estão ainda em processo. O modo como ofertam atenção aos usuários de álcool e drogas é exemplo desse processo de construção que envolve essa multiplicidade de conhecimentos e saberes e que ainda não alcança a totalidade dos indivíduos nessa situação e nem suas especificidades. Nesse contexto não está descrito a questão da mulher que faz uso de drogas, especialmente de crack.

O uso de drogas não é um fenômeno novo, mas com o advento do crack e o modo como essa prática afeta às diversas dimensões da vida de homens e de mulheres e coloca em risco suas vidas, traz aos serviços de atenção o desafio de ofertar atendimento qualificado, na perspectiva do direito e em rede. Não é campo exclusivo de nenhuma política pública, requer ações articuladas e integradas. As políticas de saúde, assistência social, educação, geração de trabalho e renda, garantia de direitos entre outras precisam se articular na perspectiva da prevenção, tratamento e cuidado dos indivíduos que fazem uso de drogas.

As legislações que regem as políticas de saúde e assistência social e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que implementou o Programa Crack, é Possível Vencer, no ano de 2010 trazem um esforço para a articulação e integração das ações, porém na operacionalização isso ainda não se efetiva, como comprovado com os questionários enviados ao CRAS, CREAS e CAPS AD de Itaúna, com o objetivo de conhecer como esses equipamentos atendem às mulheres que são usuárias de drogas, especialmente de crack.

As pesquisas nacionais sobre o uso de drogas reservam pouco espaço sobre o uso realizado por mulheres. As mais antigas trazem apenas um quantitativo de uso por sexo, sem se dedicar a nenhuma situação específica da mulher. A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, 2014 traz um capítulo específico para apresentar os diversos tipos de vulnerabilidade que a mulher está exposta ao fazer uso de drogas, especialmente de crack. A pesquisa apresentou o seguinte perfil: as mulheres usuárias não brancas, são jovens, com baixa escolaridade, com experiência de situação de rua, que já estiveram presas, que realizam trabalhos ou trocas sexuais, fazem uso de múltiplas drogas, não fazem sexo protegido o que aumenta a vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis e aids, sofrem violência sexual, já ficaram grávidas depois que iniciaram o uso e também relatam gestações com desfecho ruim (aborto). Em todas essas pesquisas o quantitativo de mulheres

usuárias é menor do que o número de homens. Essa diferença numérica não deve ser usada para justificar a ausência de políticas específicas para o atendimento das mulheres.

A fragilidade das políticas de atenção aos usuários de drogas se agrava no atendimento às mulheres, as especificidades não são consideradas e muitas vezes a mulher é culpabilizada e estigmatizada nos serviços o que dificulta a adesão, outro dificultador é a ausência de diagnóstico quantitativo e qualitativo. Não foi possível levantar esse dado no município de Itaúna o que impede avaliar o aumento ou diminuição do número de mulheres usuárias nos últimos anos e saber quais motivações perpassam o uso.

Sem uma acolhida qualificada dessas mulheres e sem diagnóstico temos um situação invisível; essas mulheres existem, cruzam os serviços em situações específicas, mais não são de fato alcançadas pelas ações e continuam a viver em situações de uso que levam ao risco social e a convivência com violência, ou terminam mortas envolvidas com o tráfico ou por doenças como aids.

Os serviços de assistência social e saúde ao atuarem sem um diagnóstico empenham ações pontuais, emergenciais sem clareza do público, com resultados insatisfatórios e baixa adesão das mulheres, como o grupo descrito pelo CAPS AD.

Concluindo, diante da invisibilidade para as políticas públicas da situação das mulheres usuárias de drogas, destaca-se a necessidade de reconhecer a abordagem de gênero em qualquer ação voltada para os usuários de drogas, a importância do território e da articulação em rede dos serviços de assistência social e saúde, a capacitação dos profissionais e o norteamento das ações pelo direito, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e autonomia. Esses são indícios de que assim é possível superar a invisibilidade da questão e silenciamento diante dos fatos.

## REFERENCIAS

Bastos FI, Bertoni N, Orgs. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro (RJ): ICIT/ FIOCRUZ; 2014.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, n. 8.742, de 7 de setembro de 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

BRASIL. Decreto no 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial da União 2011.

BRASIL. Decreto no 6117/07 (Política Nacional sobre o Álcool). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)

BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm) Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD). (site: [www.senad.gov.br/](http://www.senad.gov.br/) acessado dia 11/09/17).

BRASIL. Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: MDS, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: PNAS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 33 de 12 de dezembro de 2012 - Norma Operacional Básica NOB-Suas. Brasília 2012. Disponível em: Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 204 de 04 de dezembro de 1997- Norma Operacional Básica NOB. Brasília 1997. Disponível em: Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 207 de 16 de dezembro de 1999- Norma Operacional Básica NOB-Suas. Brasília 1999. Disponível em:. Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 130 de 15 de julho de 2005 - Norma Operacional Básica NOB-Suas. Brasília 2005. Disponível em: . Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 269 de 13 de dezembro de 2006 - Norma Operacional Básica NOB-Suas RH. Brasília 2006. Disponível em: . Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução do CNAS no 33 de 12 de dezembro de 2012 - Norma Operacional Básica NOB-Suas. Brasília 2012. Disponível em: . Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em:. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816/2002. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília(DF); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: Acesso em: 10 set. 2017

BRASIL. Programa crack, é possível vencer. Disponível em <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer><http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>: . Acesso em: 12 set. 2017

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional Antidrogas. Decreto nº. 4345, de agosto de 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília, 2016. Acesso em 14/02/2018.

CABRAL, Francisco & DIAZ, Margarita. “Relações de gênero” in Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Belo Horizonte: Gráfica Editora Rona Ltda, 1999, pp. 142- 150.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R. (2002). *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.

Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., Carlini, C.M., Oliveira, L.G., Nappo, S.A., Moura, Y.G., Sanchez, Z.V.D.M. (2007). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP

Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. V. D. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., et al.(2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras -2010. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 200 I Brasília). III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. 68 p.: il – ( Série D. Reuniões e Conferências; n. 15) ISBN B5 – 334- 0437-9 I Saúde mental – Legislação – Brasil 2. Congresso Brasil Ministério da Saúde. II Secretaria de Assistência á Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Titulo IV. Série. NLM WM 105 DB8

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Álcool e Outras Drogas/Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRP SP, 2011.142 f.;23 cm

DUARTE, P.; STEMPLIUK, V.; BARROSO, L. Relatório brasileiro sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2009. Brasília, DF.

Guerra, A. A., Duarte, P. C. A. V., & Oliveira, L. G. (Orgs.). (2010). *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: Senad.

<https://www.obid.senad.gov.br/>

<https://crr.medicina.ufmg.br/>

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>  
Nascimento, Enilda Rosendo do; Souza, Márcia Rebeca; Oliveira, Jeane Freitas de. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. Texto, Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2014 Jan-Mar,23(1):92-100.

Pesquisa Conhecer e Cuidar 2015. Organizadores: Frederico Garcia, Michelle Ralil da Costa, Maila de Castro Neves, Humberto Corrêa. Belo Horizonte. Disponível em: <https://crr.medicina.ufmg.br/artigos/76/pesquisa-conhecer-e-cuidar-2015>.

Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

Relatório Mundial sobre Drogas 2017 do UNODC. Para o relatório completo e conteúdo de mídia, acesse: [www.unodc.org/wdr2017](http://www.unodc.org/wdr2017)

Resumo do Relatório 'So WHAT?' Uma análise sobre se integrar um enfoque de gênero nos programas produz diferença nos resultados. <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/so-what-portuguese.pdf>

The Global Gender Gap Report 2017. <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017>

Vulnerabilidade e dependência química / organizado por Frederico Duarte Garcia [et al] . – Belo Horizonte : 3i Editora, 2016. 354 p. il. 1. Saúde pública. 2. Vulnerabilidade. 3. Drogas-Prevenção. 4. DrogasTratamento. I. Garcia, Frederico Duarte. II. Costa, Michelle Ralil da. III. Guimarães, Livia Pires. IV. Neves, Maila de Castro Lourenço das. V. Título.

Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos / Flavio Pechansky, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Raquel Brandini De Boni, organizadores. - Porto Alegre : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010. 121 p. 1. Consumo de bebidas alcoólicas. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Psiquiatria. I. Pechansky, Flávio. II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira. III. De Boni, Raquel Brandini. CDU: 616.89