

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO  
LINHA DE PESQUISA: ENSINO, APRENDIZAGEM E FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES**

**A (IN)VISIBILIDADE DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE: REPERCUSSÕES PARA ATENÇÃO  
À SAÚDE DE MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS 24H (CAPS AD III)**

**THAISE FERNANDA DE LIMA MARES**

**MARINGÁ**

**2023**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO  
LINHA DE PESQUISA: ENSINO, APRENDIZAGEM E FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES**

**A (IN)VISIBILIDADE DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE: REPERCUSSÕES PARA ATENÇÃO  
À SAÚDE DE MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS 24H (CAPS AD III)**

Tese apresentada por THAISE FERNANDA DE LIMA MARES, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de Pesquisa: Ensino, Aprendizagem e Formação de Professores.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra<sup>a</sup>. Eliane Rose Maio

MARINGÁ  
2023

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M325i	<p>Mares, Thaise Fernanda de Lima</p> <p>A (in)visibilidade dos estudos de gênero na formação profissional em saúde : repercussões para atenção à saúde de mulheres dependentes químicas nos Centros De Atenção Psicossocial Álcool E Outras Drogas 24H (CAPS AD III) / Thaise Fernanda de Lima Mares. -- Maringá, PR, 2023. 233 f.: il. color., figs.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Eliane Rose Maio. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Teoria e Prática da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2023.</p> <p>1. Estudos de gênero. 2. Formação profissional em saúde. 3. Dependência química - Mulheres. I. Maio, Eliane Rose , orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Teoria e Prática da Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 23.ed. 370</p>
-------	---

THAISE FERNANDA DE LIMA MARES

**A (IN)VISIBILIDADE DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE: REPERCUSSÕES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES  
DEPENDENTES QUÍMICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 24H (CAPS AD III)**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Eliane Rose Maio (Orientadora) – UEM

---

Profa. Dra. Ana Lúcia da Silva – UEM

---

Profa. Dra. Fabiane Freire França – UEM

---

Profa. Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso – UNIOESTE

---

Profa. Dra. Ana Carolina Becker Nisiide – UNIOESTE

---

Profa. Dra. Quéli Flach Anschau – UNIOESTE (suplente)

---

Profa. Dra. Silvia Pereira Gonzaga de Moraes – UEM (suplente)

31 de março de 2023.

*Dedico este trabalho às mulheres da minha vida, minha linda mãe, Maria Tereza, e minha preciosa irmã Daiane Camila.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha Mãe, Maria Tereza, pelo amor incondicional e por me acompanhar em cada momento deste processo. Te amo imensamente.

Agradeço à minha irmã, Daiane Camila, pela parceria de vida, por se prontificar a me auxiliar a cada momento. Você é uma mulher incrível, que me inspira diariamente.

Agradeço meu pai, Jurandir, por todos os ensinamentos, sem dúvidas a conclusão deste trabalho não seria possível sem você.

Agradeço minha orientadora, Eliane Maio, pela dedicação, paciência e acolhimento. Profa, obrigada por todos os ensinamentos e por possibilitar que o caminho até aqui também fosse acompanhado de conhecimento, diversidade e amor.

Agradeço aos meus amores, Bob e Pietro, que tornaram este processo mais leve e amoroso. Amo vocês, minhas paixões.

Agradeço aos/às amigos/as Mirele, Arion, Edu, Daniele, Tefi, Lauro, Julia, Tom, Fran, Danie, Regi, Bruna, Carol, que estiveram comigo durante a elaboração deste trabalho. Vocês tornaram tudo mais leve e possível.

Sou grata à Noeli, a qual desenvolveu um trabalho terapêutico essencial para a conclusão deste trabalho. Você é uma profissional incrível.

Agradeços a todas/todos/todes as/os/es integrantes do grupo de pesquisa NUDISEX. Que sorte eu tenho de poder conviver com vocês. Como é maravilhoso fazer parte de um grupo tão diverso, amoroso e generoso. Obrigada, Jean, Lua, Isa, Carma, Clau, Gustavo, Leila, Clara, Madoxx, Beri, Elaine e Claudia.

Agradeço também à minha família extensa, às minhas tias Zenaide, Dercide, Aparecida, Genísia, Eline, Dilza e minha avó Jane. Obrigada pelo amor e acolhimento. Vocês são mulheres incríveis e as admiro muitíssimo.

Agradeços aos meus alunos e alunas, os/as quais se fizeram presentes durante todo o processo, me ensinando o que é ser docente e me inspirando para a vida como pesquisadora.

Agradeço às/aos minhas/meus colegas de trabalho, docentes do curso de Serviço Social da UNIOESTE campus Toledo: India Nara, Alan, Ana Carolina, Carmen, Rosana, Queli, Cris, Diuslene, Esther e William.

Agradeço às mulheres, professoras e pesquisadoras incríveis que fazem parte da banca de defesa deste trabalho. Professoras: Fabiane, Analu, Ana Carolina, Maria Isabel, Queli e Silvia. Me sinto inspirada por cada uma de vocês.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, pela oportunidade de realizar o doutoramento junto ao mesmo.

*Ninguém sabe da dor da ferida aberta  
Debaixo da tua pele  
Ninguém pode lutar pelos sonhos que te ardem  
Ninguém sabe da vida que você levou  
Nem das batalhas que você travou  
Pra conquistar  
A tua identidade  
Ninguém sabe da grade  
Que te obstrui o corpo  
Nem sabe das lições  
Que você aprendeu  
Metidas a seco  
Do sangue, do ciclo  
Do choro, do riso  
Do gozo reprimidos  
Da tua solidão e medo  
Na rua escura  
Ninguém vai vingar  
O roubo da tua alma  
O rasgo no teu sexo  
A morte da tua cria  
Debaixo do nariz  
Dos teus instintos básicos  
Os teus feitiços mágicos  
Pra curar o mundo  
Então, faça-se, erga-se  
Lute, mulher!  
Porque ser, você já é  
E direito ninguém te deu  
Foi você quem conquistou!*

*Nathalia Ferro*

MARES, Thaise Fernanda de Lima Mares. **A (in)visibilidade dos estudos de gênero na formação profissional em saúde:** repercussões para atenção à saúde de mulheres dependentes químicas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h (CAPS AD III). 233f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dra. Eliane Rose Maio. Maringá, 2023.

## RESUMO

Este estudo apoia-se na premissa de que a invisibilidade dos Estudos de Gênero na formação de profissionais da área da saúde dificulta a oferta de um tratamento de saúde integral às mulheres dependentes químicas. Considerando que a categoria gênero caracteriza-se enquanto um determinante e condicionante do processo saúde-doença, as vivências e especificidades do gênero feminino atravessarão o tratamento de saúde ofertado às mulheres que fazem tratamento para a dependência química, assim como as práticas profissionais destinadas a prestar tal atendimento. Visto isto, este trabalho tem como objetivo geral: analisar qual é a contribuição da inserção dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de onze profissionais da área da saúde, para o tratamento de saúde das mulheres dependentes químicas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III), localizados nos municípios de Cascavel-PR e Toledo-PR. Sendo os/as profissionais participantes da pesquisa: 2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 terapeutas ocupacionais, 2 médicas/os e 1 educador físico. A presente investigação, caracteriza-se como exploratória, com abordagem qualitativa e foi realizada mediante pesquisa de campo, por meio da realização de onze entrevistas semiestruturadas com os/as profissionais que prestam atendimento às mulheres dependentes químicas nos CAPS AD III de Cascavel e Toledo. Os resultados da pesquisa apontam que as mulheres atendidas pelo serviço possuem vivências relacionadas às desigualdades de gênero, as quais acabam por impactar diretamente em seu tratamento de saúde. Diante disso, nota-se que os/as profissionais que atuam no serviço, em sua maioria, reconhecem que questões relativas ao gênero são vivenciadas cotidianamente nos CAPS AD III, porém a falta de formação profissional, caracteriza-se como um limite para atuar sobre tal Determinante Social da Saúde. Neste sentido, a invisibilidade dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de tais profissionais constitui-se enquanto um limite para a oferta de um atendimento de saúde integral às mulheres dependentes químicas.

**Palavras-chave:** Gênero. Saúde. Mulheres. Dependência Química. Formação Profissional.

MARES, Thaise Fernanda de Lima Mares. **The (in)visibility of the gender studies in the professional health training:** repercussions for the health care of chemically dependent women in the 24 hours Psychosocial Care Centers Alcohol and others Drugs (CAPS AD III). 233f. Doctorate (Doctorate in Education) – State University of Maringá. Advisor: Dra. Eliane Rose Maio. Maringá, 2023.

## ABSTRACT

This study is based on the premise that the invisibility of Gender Studies in the training of health professionals makes it difficult to offer a comprehensive health treatment to chemically dependent women. Considering that the gender category is characterized as a determinant and conditioning factor of the health-disease process, the experiences and specificities of the female gender will permeate the health treatment offered to women undergoing treatment for chemical dependency, as well as professional practices designed to provide such care. Given this, this work has the general objective: to analyze which is the contribution of the insertion of Gender Studies in the initial and continued training of eleven professionals in the health area, for the health treatment of chemically dependent women assisted in the 24 hour Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs (CAPS AD III), located in the municipalities of Cascavel-PR, and Toledo-PR. The professionals participating in the research were: 2 social workers, 2 psychologists, 2 nurses, 2 occupational therapists, 2 doctors and 1 physical educator. The present investigation is characterized as exploratory, with a qualitative approach and was carried out through field research, through eleven semi-structured interviews with professionals who provide care to chemically dependent women in CAPS AD III in Cascavel and Toledo. The research results indicate that the women assisted by the service have experiences related to gender inequalities, which end up having a direct impact on their health treatment. In view of this, it is noted that the professionals who work in the service, for the most part, recognize that issues related to gender are experienced daily in CAPS AD III, but the lack of professional training, characterized as a limit to act on this Social Determinant of Health. In this sense, the invisibility of Gender Studies in the initial and continued training of such professionals constitutes a limit to the provision of comprehensive health care to chemically dependent women.

**Keywords:** Gender. Health. Women. Chemically Dependence. Professional Qualification.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	55
<b>Figura 2</b> - Determinantes sociais: Modelo de Solar e Irwin .....	57

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Levantamento bibliográfico sobre “Formação profissional na área da saúde” e “Gênero”.....	33
<b>QUADRO 2</b> – Identificação dos/as sujeitos/as da pesquisa: equipe mínima dos CAPS AD III .....	133
<b>QUADRO 3</b> – Formação profissional da equipe mínima dos CAPS AD III.....	179

## LISTA DE SIGLAS

**ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**BDTD** – Banco de Teses e Dissertações da Capes

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CAPS** – Centros de Atenção Psicossocial

**CAPS AD** – Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas

**CAIC** – Escola Municipal Dulce Andrade Siqueira Cunha

**CBD** – Canabidiol

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

**CISA** – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

**CMDSS** – Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

**CNDSS** – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

**CNJ** – Conselho Nacional de Justiça Não encontrei no texto

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**COPEP** – Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CSDH** – *Commission on Social Determinants of Health*

**CTI** – Comissão Intergestores Tripartite

**DSS** – Determinantes Sociais de Saúde

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**EUA** – Estados Unidos da América

**FBN** – *Federal Bureau of Narcotics*

**FBSP** – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz

**GDS** – *Global Drugs Survey*

**HIV** – Human Immunodeficiency Virus

**HUOP** – Hospital Universitário do Oeste do Paraná

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Serviços de Saúde

**ICICT** – Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**INFOPEN** – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

**IPEA** – Pesquisa Econômica Aplicada

**LCD** – Lesão Corporal Dolosa

**LSD** – Dietilamida do ácido lisérgico

**LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero

**LGBTQIA+** – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual

**MPPR** – Ministério Público do Estado do Paraná

**MRS** – Movimento da Reforma Sanitária

**MS** – Ministério da Saúde

**NUDISEX** – Núcleo de Pesquisas e Estudos em Diversidade Sexual

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONGs** – Organizações Não Governamentais

**ONDH** – Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos

**OPAS** – Organização Pan Americana da Saúde

**PNAD** – Política Nacional Antidrogas

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNAISM** – Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

**PNH** - Política Nacional de Humanização

**PIBIC** – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

**PPE** – Programa de Pós-Graduação em Educação

**PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada

**RP** – Reforma Psiquiátrica

**SAREH** – Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

**SBPC** – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

**SENAD** – Secretaria Nacional Antidrogas

**SIM/MS** – Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde

**SISNAD** – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SPA** – Substâncias Psicoativas

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TDAH** – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

**THC** – Tetrahydrocannabinol

**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso

**TOC** – Transtorno Obsessivo Compulsivo

**UEM** – Universidade Estadual de Maringá

**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UFRN** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**UFS** – Universidade Federal de Sergipe

**UNIOESTE** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**UOPECCAN** - Hospital do Câncer de Cascavel

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 GÊNERO E SAÚDE: UM DETERMINANTE SOCIAL EM QUESTÃO</b> .....	39
2.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	39
2.2 O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	45
2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: O ENFOQUE DE GÊNERO.....	51
2.4 O PERCURSO HISTÓRICO DOS ESTUDOS DE GÊNERO .....	60
<b>3 O ENFOQUE DE GÊNERO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> 72	
3.1 AS DESIGUALDADES DE GÊNERO E A SAÚDE DA MULHER: IMPACTOS E REPERCUSSÕES.....	72
3.2 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER .....	88
<b>4 SAÚDE MENTAL E GÊNERO: O TRATAMENTO OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS</b> .....	101
4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O ENFRENTAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....	101
4.2 O TRATAMENTO DISPENSADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD E CAPS AD III) .....	113
<b>5 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA</b> .....	125
5.1 A PESQUISA .....	125
5.2 TIPO DE PESQUISA .....	130
5.3 OS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	131
5.4 MÉTODOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	135
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS NO CAMPO DE PESQUISA</b> ...	138
6.1 AS QUESTÕES DE GÊNERO NO TRATAMENTO DE SAÚDE OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS .....	139
6.2 A (IN)VISIBILIDADE DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS 24H.....	177
6.2.1 OS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE .....	192
6.3 AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O ATENDIMENTO OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS CAPS AD III.....	201
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>208</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>227</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>229</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetivou estabelecer uma interlocução entre os Estudos de Gênero e a formação profissional na área da saúde. A escolha pelo objeto de pesquisa ocorreu devido ao fato de que ambos os assuntos caracterizam-se como temáticas produtivas ao campo da educação, na medida em que é possível estabelecer uma conexão entre este campo e os temas que o atravessam. Além disso, este estudo não possui a preocupação de descobrir ou estabelecer uma verdade absoluta, mas pretende-se aqui, abrir espaço para futuras indagações e reflexões capazes de contribuir para pensar o objeto de investigação. Diante do exposto, para explicar o que motivou a opção pela temática deste estudo, bem como a interlocução entre gênero, saúde e educação, faço uma exposição de minha trajetória de vida e acadêmica<sup>1</sup>.

Sou uma mulher negra, de 31 anos, nascida no município de Cascavel - PR. Sou filha de uma professora de Educação Infantil aposentada e de um motorista de ônibus. Minha história tem início antes mesmo do meu nascimento, visto que é atravessada por outras existências, as quais se fizeram presentes em toda a minha vida e têm influência sobre quem eu sou hoje. Deste modo, início apresentando minha família, a qual tem origem nordestina. Meus avôs maternos nasceram na Bahia e migraram para o estado de São Paulo e, posteriormente, para o estado do Paraná na década de 1960. Meus avós paternos são de origem pernambucana (avó) e baiana (avô) e migraram para o estado do Paraná na década de 1970. A motivação para a migração se deu devido às dificuldades enfrentadas em seus estados de origem. Em ambos os casos, a família veio para o estado do Paraná para exercer o trabalho rural, mais especificamente no município de Formosa do Oeste, primeiramente arrendando terras na região, e, posteriormente como “boias-frias”<sup>2</sup>.

Ao longo dos anos, meus pais buscaram outras formas de trabalho para suprir suas necessidades de existência. Desta maneira, na década de 1980, minha mãe se formou no curso de magistério e começou a lecionar, e meu pai, no mesmo período, encontrou na profissão de motorista uma oportunidade para melhorar suas condições

---

<sup>1</sup> Por se tratar de um relato pessoal, nessa parte do texto usaremos a primeira pessoa do singular.

<sup>2</sup> Estes são trabalhadores da zona rural com vínculos empregatícios informais. A expressão “boia-fria” deriva da forma como os mesmos se alimentavam, pois saíam de suas casas para exercer as atividades de trabalho ainda de madrugada levando suas marmitas e sem meio de esquentá-las ingeriam a comida fria.

de vida. Na busca por melhores oportunidades de trabalho, em 1989 meus pais se mudam para o município de Cascavel - PR. Nos anos que se seguiram a família aumentou, primeiro com o meu nascimento, no ano de 1992 e, depois, em 1995, com o nascimento de minha irmã.

Embora a vida familiar tenha sido permeada pelo convívio junto a minha mãe, meu pai e minha irmã, as vivências do cotidiano contavam com a presença, em maior proporção, de minha mãe e minha irmã, pois meu pai era motorista de ônibus, e por fazer longas viagens não pôde acompanhar todos os momentos da vida em família. Diante disso, minha mãe foi, sem dúvidas, a maior responsável pelos cuidados exercidos para comigo e minha irmã, no que se refere ao afeto, acolhimento, higiene pessoal, alimentação, o vestuário e também a educação. Sobre este último aspecto, a educação, recordo-me que foi ela, minha mãe, quem iniciou o meu processo de alfabetização. Por ser professora, minha mãe, antes mesmo de me matricular no Ensino Fundamental I, buscou dar início à minha alfabetização, processo este que iniciou quando eu tinha cinco anos de idade. Para ela, estudar era e ainda é uma parte importante da vida, e por isso sempre nos incentivou.

Aos seis anos de idade, dei início à minha vida escolar, o espaço escolhido por minha mãe foi a Escola Municipal Dulce Andrade Siqueira Cunha (CAIC 1), uma escola localizada na periferia do município de Cascavel - PR. Neste local eu estudei dos seis aos nove anos de idade, da 1ª a 4ª série. Neste período, este também foi o local de trabalho de minha mãe, que embora tivesse a formação no magistério, foi aprovada em um concurso público para zeladora de escola, função que exerceu durante 7 anos, até ser aprovada em um outro concurso para Professora de Educação Infantil, profissão que desempenhou durante 15 anos, até sua aposentadoria. Recordo-me que entre os 6 e 9 anos de idade eu estudava no período integral: iniciava as atividades escolares às 7h45 da manhã e finalizava, aproximadamente, às 17 h. Como minha mãe trabalhava no local, eu e minha irmã aguardávamos o fim do seu expediente de trabalho para retornarmos para casa, às 19h. Na maior parte dos dias éramos só nós três.

Os anos seguiram e em 2002 iniciei os estudos na Escola Estadual Jardim Clarito, localizada nas proximidades de minha casa. Este foi o espaço que estudei o Ensino Fundamental II e todo o Ensino Médio, o qual concluí no ano de 2008. Neste local conheci pessoas que convivo até os dias atuais, também tive contato com profissionais que impactaram positivamente no meu processo de formação. Minhas

vivências naquele local foram acompanhadas, inúmeras vezes, por afeto e acolhimento, no entanto, embora não ocorressem com frequência, neste espaço também vivi preconceitos.

Ainda no ano de 2008, por conta das minhas vivências pessoais, experienciei momentos de dificuldade, os quais me causaram um adoecimento mental. Fui diagnosticada com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), ansiedade e depressão. Para realizar o tratamento de saúde adequado fui encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), neste espaço fui acompanhada por uma equipe multiprofissional constituída por Assistente Social, Pedagogo/a, Médico/a, Psicólogo/a e Enfermeiro/a. No CAPS i fui atendida durante um ano, no entanto, anos depois percebi que neste espaço o atendimento de Saúde Mental era ofertado sem observar aspectos como o gênero, a raça e a classe social dos/as pacientes.

No mesmo ano (2008), decidi prestar o vestibular e cursar Serviço Social na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Concebi que seria possível cursar o Ensino Superior em uma universidade pública no último ano do Ensino Médio, quando fui selecionada como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica aos estudantes do Ensino Médio (PIBIC Júnior). A iniciação científica se deu junto ao curso de Pedagogia da Unioeste. Foi neste momento que comecei minha vida enquanto pesquisadora da área da Educação. Nesta ocasião também percebi que a universidade poderia ser um espaço ocupado por mim. Uma vez que, embora fosse uma vontade cursar a graduação em uma universidade pública, isto não se apresentava como uma realidade. Na minha família, apenas duas tias tinham cursado o Ensino Superior, ambas em cursos de licenciatura em universidades privadas.

Além da atividade como bolsista e do tratamento de saúde mental realizado no CAPS i, comecei a trabalhar como empacotadora em um supermercado do bairro no qual morava. O vínculo era informal, trabalhava todos os finais de semana e ganhava em torno de R\$ 13,00 por dia trabalhado. Este foi o meu segundo emprego informal, o primeiro ocorreu quando eu tinha 13 anos de idade, como babá de duas crianças. Com o salário que recebia trabalhando como empacotadora pude pagar dois meses de cursinho pré-vestibular, o qual contribuiu para a minha aprovação no vestibular que prestei para o curso de Serviço Social da Unioeste, no Campus de Toledo-PR.

No ano seguinte, iniciei a graduação em Serviço Social. Sem dúvida este curso foi revolucionário para a minha existência. Durante os quatro anos de formação, com

início em 2009 e término em 2012, foi possível compreender e enxergar a realidade de modo crítico e reflexivo. Neste período fui bolsista de iniciação científica, o que permitiu que eu concluísse a graduação sem a necessidade de trabalhar. Além disso, o incentivo dos meus pais foi essencial neste processo.

Vale destacar que durante os anos de formação não tive contato com conteúdos vinculados aos Estudos de Gênero ou às questões étnico-raciais. Embora esta seja uma profissão generalista e as questões ligadas ao gênero e à raça atravessassem minha existência, bem como a prática profissional na área, estes não foram assuntos centrais no processo de formação.

No entanto, foi durante a graduação que tive o primeiro contato com a área da saúde, mais especificamente a saúde mental. Mediante o estágio supervisionado em Serviço Social, o qual ocorreu no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), pude conhecer no ano de 2011 a ala de desintoxicação do hospital, a qual é destinada ao atendimento de crianças e adolescentes dependentes químicos. A realidade ali apresentada chamou minha atenção. Em contato com os/as adolescentes internados/as percebi que a evasão escolar se apresentava como uma realidade entre os/as mesmos/as. Não pude deixar de pensar nas minhas vivências enquanto uma adolescente que também recebeu atendimento de saúde em um serviço de saúde mental. Além disso, não deixei de pensar como a oportunidade de ingressar em um curso de graduação contribuiu significativamente para a minha vida. Assim, eu vi na educação uma forma de transformação na vida daqueles e daquelas adolescentes. Neste sentido, no último ano de graduação, durante a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvi uma pesquisa que fazia a interlocução entre saúde e educação, o trabalho preocupou-se em responder a seguinte indagação: “Quais os motivos que influenciavam no processo de evasão escolar de adolescentes em tratamento para a dependência química internados no HUOP?” Pude perceber que a dependência química se caracterizava como a principal motivação para a evasão entre os/as adolescentes internados/as no hospital.

Ao concluir a graduação, a vontade de dar continuidade aos estudos se fez presente, fato que me levou a participar do processo de seleção do Mestrado em Educação da Unioeste, no Campus de Cascavel. Em 2014 fui aprovada na seleção do Programa de Pós-graduação em Educação, o que permitiu que eu continuasse os estudos acerca da educação, da saúde e da dependência química. Neste momento, busquei investigar os limites e as possibilidades do atendimento ofertado pelo Serviço

de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) a adolescentes dependentes químicos/as. O SAREH é um programa do Governo do Estado do Paraná, o qual oferta atendimento educacional à crianças, adolescentes, jovens e adultos/as hospitalizados/as. O mesmo atende no município de Cascavel pacientes internados/as no HUOP e no Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECCAN). No HUOP há o atendimento de adolescentes dependentes químicos, entre outros/as pacientes.

Nos resultados da pesquisa de Mestrado foi possível observar que um dos limites da atuação do SAREH, sem dúvidas, foi a falta de formação dos/as profissionais para trabalhar com este público específico. A estes/as não foram ofertadas durante os anos de graduação e formação continuada discussões sobre a dependência química, fato este que impactava negativamente no tratamento de saúde ofertados aos/às adolescentes. Além disso, embora não fosse um tema central, foi possível notar as distinções das experiências vividas por meninos e meninas em tratamento para a dependência química. Entre as meninas eram frequentes os casos de abusos, violências e exploração sexual, questões que apareciam com menos frequência entre os meninos, embora estes fossem a maioria nos atendimentos, fato que também chamou minha atenção.

No ano de 2016 concluí o Mestrado em Educação, no ano seguinte tive a oportunidade de prestar o Processo Seletivo para professora do curso de Serviço Social da Unioeste, no Campus de Toledo, para o qual fui aprovada, dando início à minha carreira como docente do ensino superior em agosto do ano de 2018, local em que permaneço até o presente momento (2023).

Para mim, foi essencial ocupar este espaço agora como docente. Este momento possibilitou que eu retornasse para o local de minha formação e me reaproximasse dos estudos na área de Serviço Social. Foi também em 2018 que participei do processo de seleção do doutorado do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá (UEM), mais especificamente na linha de pesquisa “Ensino, Aprendizagem e Formação de Professores”, para o qual fui aprovada, dando início aos estudos no ano de 2019.

Quando ingressei, meu objeto de pesquisa novamente seria o SAREH e o atendimento ofertado para os/as adolescentes dependentes químicos, mas agora dando enfoque à formação dos/as profissionais que trabalham com este público. Contudo, em 2020, houve a necessidade de trocar a orientação, fato que fez com que

eu reordenasse os estudos do Doutorado. Neste período, passei a ser orientada pela professora Doutora Eliane Rose Maio, docente do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE-UEM) e coordenadora do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Diversidade Sexual (NUDISEX – Núcleo de Pesquisas e Estudos em Diversidade Sexual). Com muito carinho e afeto, a Professora Eliane me convidou para participar do NUDISEX, o qual tem desenvolvido estudos sobre gênero, sexualidade, violência sexual, diversidade sexual e direitos humanos, entre outras pesquisas. Sem dúvida a participação neste grupo de pesquisa e estudos foi fundamental para me aproximar dos Estudos de Gênero e para estabelecer diálogos com pesquisadores/as que desenvolvem suas investigações na área de Gênero e Diversidade Sexual, uma vez que eu estava iniciando ali meus estudos nesta área. Neste contexto, o apoio e o acolhimento que recebi da professora, bem como de seu grupo de orientandos/as, contribuiu significativamente para que eu permanecesse firme no meu propósito de concluir o doutorado. Por causa disso, ao longo do desenvolvimento da pesquisa enfrentei dificuldades, e dentre elas destaco a mudança do objeto de estudo devido à troca de orientação e a pandemia da COVID 19, momentos que causaram insegurança para o desenvolvimento da pesquisa.

Após me aproximar dos Estudos de Gênero busquei estabelecer uma interlocução entre Saúde e Educação. No entanto, o percurso para se chegar à definição do objeto de estudo implicou num longo processo de amadurecimento intelectual em torno de temáticas afins. Neste sentido, iniciei as pesquisas sobre gênero propondo-me a trabalhar com o atendimento multiprofissional ofertado às mulheres em tratamento para dependência química, mas após as contribuições da banca do Exame de Qualificação do Doutorado, pude readequar minha proposta e estabelecer um diálogo mais próximo entre Gênero, Saúde e Educação.

Diante disso, quero expressar que a temática desta pesquisa ressoa com as minhas vivências enquanto uma mulher negra, assistente social, docente e pesquisadora. Além disso, a inclusão dos Estudos de Gênero na minha formação profissional, mediante os estudos e as reflexões provocadas pelo processo de doutoramento ecoam em quem eu sou e em tudo que acredito. Neste sentido, pude concluir esta pesquisa dialogando com a educação em uma perspectiva antirracista, feminista e anticlassista.

Diante do exposto, esta pesquisa propõe-se a discutir a in(visibilidade) dos Estudos de Gênero na Formação Profissional na área da saúde. Compreende-se que

historicamente a busca por saúde orientou a vida em sociedade. Assim, a manutenção de um organismo saudável fez parte das práticas médicas, de cientistas, de pesquisadores e de profissionais da área. Mas afinal, o que significa ter saúde? O termo “saúde” deriva do latim *salus* (*salutis*), tal terminologia está associada ao bem-estar, a salvação e a conservação da vida. No entanto, não há uma concepção precisa e única que nos permite definir o que de fato é saúde. Esta é uma categoria polissêmica, cercada por definições e significados que se modificaram de acordo com o período e com as transformações societárias ocorridas ao longo da história da humanidade.

Em cada época e sociedade encontrou-se uma forma singular de se apresentar os elementos constitutivos daquilo que se entende por saúde e, também, o que se compreende por doença, esta última associada ao aparecimento de sinais e sintomas vinculados a dor e ao sofrimento. Historicamente os conceitos de saúde e doença caminharam juntos, estando diretamente ligados às condições concretas de existência da vida de um indivíduo ou população. Considerando as particularidades que constituem as experiências humanas, a produção da saúde e da doença pode ocorrer a partir da interação de aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (OVIEDO; MACIEL e CZERESNIA, 2013).

Na compreensão de Jakeline Borges e Carlos Cruz (2021), não há como estabelecer um limite preciso entre a produção de saúde e doença, há entre ambos uma relação de reciprocidade, uma vez que os mesmos fatores que produzem saúde também são capazes de produzir a doença. Desta maneira, utiliza-se a expressão *processo saúde-doença*, a fim de representar o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e de adoecimento do corpo humano.

No Brasil, a saúde constitui-se enquanto um direito social garantido mediante ações do poder público dirigidas a todos os cidadãos e cidadãs. Tal direito foi reconhecido legalmente mediante a Constituição Federal de 1988 e por meio da Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a Lei 8080/1990 apresenta enquanto determinantes e condicionantes da saúde “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990a, n.p). Nesta perspectiva, as ações do poder público se desenvolverão

considerando que as condições de existência que atravessam a vida de um indivíduo são capazes de influenciar na produção da saúde e da doença.

Conforme expresso por Borges e Cruz (2021), além dos fatores biológicos, os fatores sociais, socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais, psicossociais e os fatores ambientais também se caracterizam enquanto aspectos que condicionam e determinam o processo saúde - doença. No que se refere aos fatores sociais, os autores explicitam que a doença se origina de processos sociais, que crescem mediante a relação do sujeito com agentes físicos, químicos e psicológicos, somados às condições genéticas e situações desfavoráveis, que se vinculam aos fatores socioeconômicos, em que é possível associar o processo de saúde-doença à capacidade econômica de cada indivíduo. Neste caso, os grupos sociais economicamente privilegiados estão menos suscetíveis a fatores que estimulam o acometimento de doenças, cuja ocorrência é maior em grupos socialmente desprivilegiados.

Ao discorrer sobre tais determinações, Naomar de Almeida Filho (2011), considera que as classes economicamente privilegiadas possuem uma incidência menor de doenças quando comparadas com pessoas em situação de pobreza ou em privação de acesso a bens e serviços. Para o autor, as más condições de acesso aos serviços de saúde, bem como as desigualdades econômicas e sociais, podem representar um fator de risco para o acometimento de doenças. Além disso, a falta de participação nos processos de decisão política configura-se enquanto um fator sociopolítico capaz de influenciar no processo saúde-doença.

Nesta mesma perspectiva, os fatores socioculturais, os quais estão vinculados ao preconceito, às crenças, aos hábitos e aos comportamentos também contribuem para a disseminação e manutenção da doença, assim como os fatores ambientais e os fatores de ordem psicossocial, como a carência afetiva, a agressividade, a competitividade, o desemprego e o isolamento social, também são capazes de causar alterações em um organismo provocando doenças (BORGES; CRUZ, 2021).

Na compreensão de Antônio Ivo de Carvalho (2013), as doenças e iniquidades em saúde existem por fatores ligados ao modo como os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Além disso, os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais atuam enquanto Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais influenciam nas condições de saúde de pessoas e populações. No entanto, tais determinantes não são igualmente importantes ou não possuem o

mesmo peso no processo saúde-doença. Segundo Carvalho (2013), os determinantes sociais mais destacados são aqueles que promovem a estratificação social, com ênfase na classe social, na raça, na etnia e no gênero de cada indivíduo. Para o autor, os preconceitos baseados no gênero têm influência no processo de produção da saúde e da doença.

Na área da saúde, a categoria gênero configura-se como um determinante social da saúde. Historicamente tal terminologia esteve vinculada a conceitos e modalidades distintas. Assim, considerando as divergências e multiplicidades teóricas dispensadas à tal categoria, convencionou-se que gênero designa a construção social acerca do que é masculino e do que é feminino. Conforme apontado por Rita Barradas Barata (2009), todos os indivíduos são gênero e sexo, pois possuem um sexo biologicamente determinado, o qual terá influência em algumas condições de saúde, mas também possuem o gênero, ou seja, o produto de um processo sociocultural que molda as relações entre homens e mulheres, como também os papéis desempenhados pelo feminino e pelo masculino. Foi por intermédio dos escritos da antropóloga cultural americana Gayle Rubin (2017), que em 1975 o conceito de gênero ganhou mais difusão. Tal autora concebe o gênero como o que é determinado socialmente, distinguindo-se do sexo, considerado biológico e natural, utilizado para descrever as diferenças sexuais entre os seres humanos.

Posteriormente, a historiadora Joan Scott (1989) apresentou o conceito de gênero não como produto do determinismo biológico, partindo da compreensão de que não se nasce homem ou mulher, mas que são ensinados atributos e legados, mediante discursos, representações culturais e sociais, capazes de promover a produção de posições distintas entre os sujeitos, que imbrica na constituição de suas identidades.

A fim de contribuir para desnaturalizar e historicizar tais desigualdades, emergiu ao final do século XX, mais especificamente nas décadas de 1960 e 1970 e por influência do movimento feminista, os Estudos de Gênero. Uma das preocupações do movimento ao propor tais estudos foi questionar as distinções dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres nas sociedades capitalistas ocidentais, bem como as desigualdades que derivam destas distinções, as quais se expressam por meio da política, da cultura, da economia, do trabalho, das relações afetivas e familiares, e terão repercussões no processo de saúde e doença vivenciado pelos indivíduos (CISNE; SANTOS, 2018).

No bojo desses estudos, o movimento feminista apresenta questões centrais, com o intuito de desnaturalizar as diferenças entre masculino e feminino. Diante disso, atenta-se para a reciprocidade que carregam ambos os termos, passando a falar em *relações de gênero*. Expressão que ao ser utilizada demonstra que há modos distintos de se constituírem homens e mulheres, os quais são atravessados pela cultura (BECK; GUIZZO, 2013).

Os Estudos de Gênero situam suas discussões em diversas perspectivas, que vão desde a teoria marxista até a pós-estruturalista. No entanto, o presente trabalho pretende dar ênfase às pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no campo dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais vinculadas à perspectiva pós-estruturalista.

Os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais alinhados à vertente pós-estruturalista, têm se apresentado como muito produtivos para a área da Educação, por não se preocuparem em desvelar verdades únicas e absolutas, abrindo precedente para indagações, questionamentos e reflexões que possibilitam olhar para a realidade de modo singular, sem a necessidade de estabelecer uma resposta única e absoluta (BECK; GUIZZO, 2013). Aliadas às contribuições de autores/as pós-estruturalistas<sup>3</sup>, as pesquisas sobre gênero desenvolvidas nesta área “[...] têm contribuído, significativamente, para problematizar as diferenças conferidas a homens e mulheres, a meninos e meninas, produzidas na esteira da cultura” (BECK; GUIZZO, 2013, p.176).

Apoiando-se na vertente pós-estruturalista, é possível identificar que as representações que definem múltiplas formas de se viver e experimentar as feminilidades e as masculinidades não se configuram como um processo isolado ou esgotável. Além disso, as formas de feminilidades e masculinidades podem ser vivenciadas ou experimentadas por diversos grupos dentro do mesmo grupo, ou pelos mesmos indivíduos, mas em momentos diferentes. A vertente ora citada enfatiza que a distinção entre corpos e sujeitos femininos e masculinos ocorre por meio da cultura, e se expressa pela articulação com outros marcadores sociais, tais como classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião e nacionalidade (MEYER, 2013).

Neste contexto, é importante elucidar que embora existam diferenças biológicas entre indivíduos da espécie humana, os valores e as implicações baseadas

---

<sup>3</sup> Ver autores/as: Guacira Louro (1997, 2000); Dagmar Meyer (2007, 2013); Célia Pinto (2010), Dinah Beck, Bianca Guizzo, (2013); Michel Foucault (1985); Rosa Fischer (2002).

nestas diferenças resultam da cultura. Tal e qual, o gênero é produto de um processo cultural e histórico, suas implicações provocam desigualdades, as quais acometem em maior proporção o gênero feminino. A dominação ou hierarquia exercida a partir do gênero confere às mulheres um lugar de subalternidade e inferioridade, permeado por desigualdades que irão se expressar nos diversos âmbitos da vida de uma mulher, com destaque para o processo saúde-doença.

Neste contexto, enquanto um determinante social de saúde, a categoria gênero, bem como as desigualdades associadas a ela, ocupam espaço no estado de saúde e no processo de adoecimento das mulheres. No entanto, na compreensão de Thaís Rodrigues (2015), pouco cuidado é dispensado às diferenças entre os gêneros. Na grande maioria dos casos os atendimentos de saúde utilizam-se de uma linguagem universal para atender homens e mulheres, não se atentando para atendimentos diferenciados e que considerem as relações desiguais entre gêneros.

Considerando tais aspectos, em 2004 o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (PNAISM)”. Com enfoque no gênero, o documento buscou incorporar a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores do atendimento destinado às mulheres. A PNAISM expressa que em função da organização social das relações de gênero, mulheres e homens estarão expostos a padrões distintos de adoecimento. Neste sentido, com a finalidade de melhorar as condições de vida, igualdade e os direitos de cidadania da mulher, é imprescindível incorporar a perspectiva de gênero no planejamento das ações de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) considera que embora a situação de saúde envolva vários aspectos da vida de um indivíduo, à exemplo da alimentação, do meio ambiente, da habitação, da renda e do trabalho, quando se trata da mulher os problemas se agravam devido à discriminação que emerge das relações desiguais de gênero. Além disso, variáveis como a raça, a etnia, a idade, a orientação sexual e a classe social intensificam ainda mais estas desigualdades. Considerando isto, verifica-se que embora as mulheres tenham uma expectativa de vida maior que a dos homens, elas também adoecem mais do que eles. As causas para que isto ocorra estão mais associadas com as situações de discriminação enfrentadas por elas do que com os fatores biológicos. A partir da compreensão de que mulheres são seres plurais, com vivências diversificadas, a Política Nacional atentou-se para as necessidades de saúde das mulheres negras,

das mulheres indígenas, das mulheres lésbicas, das mulheres em privação de liberdade e das trabalhadoras e residentes da área rural. Além disso, também se propôs a pensar o atendimento de Saúde Mental ofertado à estas mulheres.

Em consonância com a PNAISM (BRASIL, 2004), a atenção à saúde mental das mulheres também deve ter como enfoque o gênero. Devido as desigualdades de gênero tão arraigadas na sociedade brasileira, as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais. De acordo com o documento, há situações que comprometem a saúde mental das mulheres, como por exemplo o fato de ganharem menos que os homens por estarem inseridas em profissões mais desvalorizadas, a pouca participação e acesso aos espaços de decisão política, e também por estarem mais suscetíveis às violências (doméstica, física, sexual e emocional).

Em vista disso, é inegável o avanço provocado mediante a instituição da Política Nacional no que tange as ações do poder público destinadas à promoção da atenção integral à saúde das mulheres, em especial, no que se refere a saúde e saúde mental com o enfoque de gênero. Contudo, ainda há muito que se avançar no que se referem às necessidades de saúde de mulheres transexuais, de travestis, bem como de mulheres em tratamento para a Dependência Química<sup>4</sup>.

Provocada pelo uso nocivo de Substâncias psicoativas (SPA)<sup>5</sup>, a Dependência Química é uma doença tratável que atinge pessoas do mundo todo. No Brasil, o tratamento para Dependência Química vem sendo respondido por meio de ações estatais, mediante políticas sociais, especialmente as políticas que se concentram na área da saúde mental. No país, em 2001, a instituição da Lei nº 10.216 representou um grande avanço quanto a política de saúde mental ao dispor sobre a proteção e os

---

<sup>4</sup> “O consumo de substância psicoativa é um fenômeno abrangente na sociedade brasileira, existindo diversos modos de nomeá-lo, destacando-se: toxicomania, drogadição e dependência química. Embora guardem algumas diferenças, tais termos podem ser utilizados como sinônimos. O termo “dependência química” é baseado em manuais de classificação de doenças, sendo mais utilizado em relatos de pesquisas; a palavra “toxicomania” é utilizada para abordar uma relação de consumo tóxica, tanto com uma substância psicoativa quanto com outro objeto; já “drogadição” refere-se a uma relação de submissão e exclusividade com a droga” (Polyana SCHMITH; Geraldo MURTA; Sávio QUEIROZ; 2019, p. 1). Nesta pesquisa, optou-se pela utilização do termo dependência química. Contudo, por ser sinônimo de toxicomania e drogadição, terminologias utilizadas em diferentes obras, é possível que ocorra a utilização dos três termos.

<sup>5</sup> Compreende-se enquanto Substâncias Psicoativas as drogas capazes de alterar o Sistema Nervoso Central (SNC). Tais substâncias podem se caracterizar como lícitas, ou seja, podem ser comercializadas legalmente, ou ilícitas, cujo a comercialização é ilegal. Destacam-se como Substâncias Psicoativas: o álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outras. Neste trabalho optou-se por utilizar a terminologia Substância Psicoativa, bem como o termo drogas.

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001). Posteriormente, em 2002, a publicação da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002b) redefiniu e ampliou a atenção integral aos/às usuários/as de drogas. Tal Portaria instituiu a constituição dos Centro de Atenção Psicossocial nas seguintes modalidades: CAPS I<sup>6</sup>, CAPS II<sup>7</sup> e CAPS III<sup>8</sup> e CAPS i II<sup>9</sup>. A legislação também criou um serviço especializado para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de Substâncias psicoativas, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Posteriormente, a Portaria nº 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011) estabeleceu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, do álcool e outras de drogas. Conforme a Portaria, os CAPS AD terão por finalidade materializar o atendimento destinado às pessoas dependentes de substâncias psicoativas, prestando atendimento a adultos, crianças e adolescentes.

No ano seguinte, a Portaria nº 130/2012 (BRASIL, 2012) do Ministério da Saúde (MS) expandiu o atendimento ofertado pelo CAPS AD, ampliando o seu funcionamento para 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, objetivando ofertar um atendimento integral e contínuo às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas, o qual foi denominado como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III)<sup>10</sup>. Diante do exposto, constata-se que o tratamento para a Dependência Química ocorrerá, especialmente, em serviços de saúde mental. Tratando-se especificamente das mulheres dependentes químicas, é necessário

---

<sup>6</sup> CAPS I - Serviço de atenção psicossocial responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (BRASIL, 2002b).

<sup>7</sup> CAPS II - Serviço de atenção psicossocial responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002b).

<sup>8</sup> CAPS III - Serviço de atenção psicossocial responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002b).

<sup>9</sup> CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002b).

<sup>10</sup> O CAPS AD III atenderá de forma regional grupos populacionais de 200 a 300 mil habitantes, além disso, poderá se destinar a atender adultos, crianças e adolescentes, neste último caso o mesmo deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2012).

considerar que o modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres deve possuir o enfoque de gênero (PNAISM, 2004). Contudo, os serviços que prestam o cuidado de saúde mental nem sempre observarão as especificidades e vulnerabilidades que carrega o gênero feminino. Diante disso, a política de saúde mental para as mulheres consumidoras de substâncias psicoativas “[...] indica ser invisível e homogeneizadora, e as mulheres enfrentam barreiras de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal na busca e permanência no tratamento” (Priscila CUGLER, 2016, p. 9). Neste sentido, pensar em gênero e saúde mental significa pensar sobre o modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, bem como sobre o direito de as mulheres receberem um atendimento integral a sua saúde, entre as quais aquelas dependentes de substâncias psicoativas. Atendimento este que considere as relações desiguais de gênero que permeiam as vivências das mesmas.

Buscando viabilizar um atendimento humanizado, justo, eficiente e eficaz, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) propõe que as **questões de gênero** sejam incorporadas como referência na **formação dos profissionais** que atendem a esse grupo populacional (as mulheres). Além disso, a fim de intervir efetivamente nesta realidade, é necessário que os/as profissionais de saúde compreendam as necessidades reais das mulheres que buscam pelo atendimento nos serviços de saúde mental, incorporando às suas práticas profissionais ações de saúde que considerem que a saúde mental das mulheres é também determinada por questões relativas ao gênero.

Diante disso, faz-se necessário pensar, fortalecer e dar visibilidade aos Estudos de Gênero durante o processo de formação inicial e continuada dos profissionais da área da saúde, pois compreender as demandas de gênero significa intervir no modelo de atenção à saúde destinado às mulheres, em especial às mulheres dependentes de substâncias psicoativas, a fim de prestar um atendimento integral à saúde da mulher.

Desta forma, considerando que a categoria gênero caracteriza-se enquanto um determinante e condicionante do processo saúde-doença, as vivências e especificidades do gênero feminino terão influência no que tange o acesso ao atendimento de saúde ofertado às mulheres em tratamento para a dependência química, bem como a permanência das mesmas nos serviços que ofertam tal atendimento. Neste sentido, a fim de promover atenção integral à saúde da mulher, se necessário que o enfoque de gênero esteja presente nos serviços de saúde, nas práticas profissionais, assim como na formação dos/as profissionais que prestam tal

atendimento.

Visto isto, este trabalho propõe-se a responder a seguinte indagação: *Qual a contribuição da inserção dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de profissionais da área da saúde<sup>11</sup>, para o tratamento de saúde ofertado às mulheres dependentes químicas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III), localizados nos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR?*

A fim de responder ao problema elencado, foram formulados objetivos. Como objetivo geral propõe-se *analisar a contribuição da inserção dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de onze profissionais da área da saúde, para o tratamento de saúde das mulheres dependentes químicas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III), localizados nos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR*. Sendo os/as profissionais participantes da pesquisa: 2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 terapeutas ocupacionais, 2 médicas/os e 1 educador físico.

Para tanto, foram formulados quatro objetivos específicos: a) Contextualizar historicamente a compreensão dos conceitos, determinantes e condicionantes dos processos de saúde-doença incorporados pela Política de Saúde Brasileira; b) Apresentar o conceito de gênero na perspectiva dos Estudos de Gênero, enquanto um determinante social da condição de saúde das mulheres; c) Explicitar de que modo as relações desiguais de gênero incidem sobre as mulheres e tem repercussões para sua condição de saúde e de doença; d) Apresentar o enfoque de gênero no que concerne o tratamento de saúde mental destinado às mulheres dependentes químicas; e) Analisar a interlocução dos Estudos de Gênero e da formação profissional em saúde, no que tange o tratamento ofertado às mulheres dependentes químicas.

Neste contexto, ao considerar a problematização ora apresentada, bem como os objetivos elencados, este estudo apoia-se na premissa (tese) de que: a

---

<sup>11</sup> No Brasil, existem cerca de 40 cursos superiores regulamentados pelo Ministério da Educação voltados para a área da saúde. Contudo, este trabalho preconiza as discussões da formação nas seguintes áreas: Enfermagem; Educação Física; Medicina; Psicologia; Pedagogia; Serviço Social e Terapia Ocupacional. Visto que, em consonância com a Portaria nº. 130 de 2012, que institui o CAPS AD III, local de realização da presente pesquisa, o serviço deve contar com uma equipe mínima que deve ser composta por: 1 médico/a clínico/a; 1 médico/a psiquiatra; 1 enfermeiro/a com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 1 psicólogo/a; 1 assistente social; 1 enfermeiro/a; 1 terapeuta ocupacional; 1 pedagogo/a; e 1 educador/a físico (BRASIL, 2012).

*invisibilidade dos Estudos de Gênero na formação de profissionais da área da saúde dificulta a oferta de um tratamento de saúde integral às mulheres dependentes químicas.*

Como parte dos procedimentos metodológicos da pesquisa, durante a investigação foi realizado um levantamento bibliográfico, por meio de buscas *online* na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e nos periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), cujo objetivo foi mapear as produções científicas (Teses, Dissertações e artigos) que tratam do tema delimitado, produzidas a partir do ano de 2004. A escolha pelo ano se deu tendo em vista que este foi o ano de instituição da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, a qual aponta para a necessidade de incorporação do enfoque de gênero no modelo de atenção à saúde da mulher, bem como nos cursos de formação de profissionais da área da saúde.

Para a seleção das obras, utilizou-se como descritores as palavras-chave: “formação profissional em saúde”, “gênero” e “mulher”. Na busca na BDTD foram encontradas, em um primeiro momento, 94 obras sobre o assunto, no entanto, constatou-se que tais obras estavam mais articuladas com as discussões sobre o atendimento ofertado às mulheres nos serviços de saúde, e poucas discutiam a formação profissional na área. Neste contexto, para ampliar as possibilidades de busca, utilizou-se como descritores “formação profissional em saúde” e “gênero”, para os quais foram encontrados 267 resultados, dos quais 19 possuíam alguma relação com a temática.

Do mesmo modo, no levantamento realizado nos periódicos da CAPES, utilizou como descritores as palavras-chave: “formação profissional em saúde”, “gênero” e “mulher”. Na busca foram encontradas 104 obras, das quais apenas 4 possuíam proximidade com o tema da pesquisa.

A partir do levantamento bibliográfico, notou-se que a maior parte dos trabalhos sobre o tema em questão se concentram na área da Enfermagem. Na sequência aparecem as áreas da Educação, do Serviço Social, da Medicina e da Psicologia. A maior parte dos estudos propõem-se a discutir o atendimento de saúde ofertada às travestis, às mulheres transexuais, às mulheres negras, às mulheres vítimas de violência, às mulheres com HIV/Aids e mulheres dependentes químicas. Entretanto, é possível perceber que nas produções científicas a formação profissional em saúde com enfoque em gênero é um assunto pouco abordado, dado que as mesmas dão

mais ênfase às discussões sobre o cuidado em saúde e saúde mental, observando as especificidades do gênero feminino e suas vulnerabilidades no processo de saúde-doença. Tratando-se especificamente das publicações sobre a formação profissional na área da saúde e o atendimento de saúde destinado às mulheres dependentes químicas, não foram encontradas obras que se propusessem a discutir tal temática. Embora o assunto apareça em alguns trabalhos, não é a discussão central encontrada nos mesmos, o que evidencia a originalidade desta pesquisa.

Ao todo, foram encontradas 23 publicações com alguma proximidade com o objeto desta pesquisa, no entanto, apenas quatro obras possuíam relação direta com o tema proposto. Vale ressaltar que, embora as demais obras tivessem alguma relação com a temática de pesquisa, estas foram descartadas por apresentarem elementos insuficientes para a utilização no trabalho. Deste modo, destaca-se que a partir do levantamento bibliográfico selecionou-se uma tese, duas dissertações e um artigo, trabalhos produzidos durante os anos de 2018 e 2020, conforme apresentado no Quadro 1:

**QUADRO 1** – Levantamento bibliográfico sobre “Formação profissional na área da saúde” e “Gênero”

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR/A</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/REVISTA</b>	<b>ANO</b>
A metodologia ativa e a mediação de gênero na formação superior em saúde: perspectivas de docentes do Brasil e de Portugal	Roxane de Alencar Irineu	Tese	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe.	2018
A importância do ensino sobre gênero na graduação em Saúde Coletiva: uma interseção necessária	Elaine Reis Brandão e Fernanda Vecchi Alzuguira	Artigo	Revista Saúde e Sociedade – São Paulo	2019
Pessoas trans no SUS: narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios.	Ana Carolina Lima dos Santos	Dissertação	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	2020
Formação em saúde sobre o cuidado à			Programa de Pós-Graduação em	

população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual	Sávio Marcelino Gomes	Dissertação	Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.	2020
--	-----------------------	-------------	---	------

Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Após a busca pelos trabalhos, realizou-se o *download* e a leitura dos arquivos selecionados para utilização nesta tese. Para chegar na abordagem dos elementos que constituem os trabalhos apresentados, se fez necessário compreender, brevemente, os caminhos percorridos por: Roxane de Alencar Irineu (2018); Elaine Reis Brandão e Fernanda Vecchi Alzuguirra (2019); Ana Carolina Lima dos Santos (2020); Sávio Marcelino Gomes (2020). Desta forma, serão apresentados os objetivos, a metodologia e os resultados das pesquisas elencadas.

A primeira obra a ser apresentada foi escrita por Roxane de Alencar Irineu no ano de 2018, sua tese foi intitulada “A metodologia ativa e a mediação de gênero na formação superior em saúde: perspectivas de docentes do Brasil e de Portugal”. Tal pesquisa foi apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe. O trabalho objetivou analisar, sob a abordagem de gênero, a experiência de docentes no processo de formação no ensino superior com base na utilização de Metodologia Ativa desenvolvida na área da Saúde. O estudo foi realizado com 14 docentes dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e em Instituições de Ensino Superior de Portugal. A pesquisa revelou que a formação em saúde ainda é fortemente influenciada por uma perspectiva tecnicista, clássica, biologizante e de objetivação do processo de saúde. Com relação à vinculação dos fatores ligados a gênero, verifica-se que ainda que este seja um tema transversal e urgente para as práticas e políticas de educação e saúde, esta discussão carece de mais atenção na formação profissional em saúde no Brasil e em Portugal (IRINEU, 2018).

Na sequência, a segunda obra apresentada, é o artigo elaborado por Elaine Reis Brandão e Fernanda Vecchi Alzuguirra, denominado: “A importância do ensino sobre gênero na graduação em Saúde Coletiva: uma interseção necessária”. Tal produção foi publicada na revista “Saúde e Sociedade”, no ano de 2019. O principal objetivo do estudo foi refletir sobre as experiências das docentes no curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mais especificamente, sobre o ensino dos conteúdos relativos às questões de gênero

na formação profissional na área da saúde. Mediante o estudo, as autoras constataram que a inserção dos Estudos de Gênero se faz necessária nos cursos de formação em saúde, pois promove consciência crítica e reflexões necessárias sobre a sociedade desigual, excludente, racista, homofóbica, transfóbica e misógina no qual se vive, e, conseqüentemente, também é desafiador buscar consolidar-se como uma via de qualificação profissional em meio ao conservadorismo moral e político vigente (BRANDÃO; ALZUGUIRA, 2019).

A terceira obra apresentada refere-se à pesquisa de Ana Carolina Lima dos Santos. Sua Dissertação foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro no ano de 2018, com o título: “Pessoas trans no SUS: narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios”. Neste trabalho a autora objetivou analisar a relação dos/as profissionais em formação nas residências multiprofissionais em saúde, no que tange o atendimento de pessoas trans em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. A pesquisa evidenciou que olhar o tema da transexualidade a partir da percepção dos/as mesmos/as é fundamental para a construção de uma formação profissional e de uma educação permanente em saúde, capaz de contribuir para a criação de espaços de diálogos na área saúde com a população atendida. Neste sentido, a autora buscou analisar a dimensão de gênero na formação da residência em saúde pública a partir do olhar dos/as profissionais. Como resultado do estudo, constatou-se que a concepção que eles/as têm sobre as noções de gênero e sexualidade torna-se um dos principais entresos de acesso das pessoas trans aos serviços (SANTOS, 2020).

Por fim, a quarta obra apresentada é de autoria de Sávio Marcelino Gomes, a qual foi intitulada como “Formação em saúde sobre o cuidado à população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual”. A pesquisa foi apresentada no ano de 2020 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e teve como objetivo analisar a inserção das temáticas de gênero, sexo e orientação sexual na formação em saúde. A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de questionários. Ao todo, participaram do estudo 438 estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O estudo revelou que a inserção dos Estudos de Gênero, bem como o cuidado destinado à população LGBT na formação em saúde, se apresentam como desafios

para formação de profissionais desta área. Além disso, compreender conceitos como gênero, sexo e orientação sexual na área da saúde significa melhorar o arcabouço formativo e dar subsídios para as práticas dos/as futuros/as profissionais (GOMES, 2020).

As obras apresentadas evidenciam que na área da saúde o olhar para os Estudos de Gênero deve ter início ainda no âmbito da formação profissional inicial ofertada nos cursos de graduação. As pesquisas elucidam ainda a necessidade de pensar as vivências de Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), bem como orientam que a fim de melhorar as futuras práticas profissionais, a compreensão sobre as categorias gênero, sexo e sexualidade deve iniciar no processo de formação profissional na área da saúde.

Além do levantamento bibliográfico e os procedimentos metodológicos que orientam esta investigação a caracterizam como uma pesquisa Exploratória, uma vez que buscou “[...] levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto” (Antônio SEVERINO, 2010, p. 107), a pesquisa possui ainda uma abordagem Qualitativa e foi realizada mediante pesquisa de campo, a qual ocorreu por meio do uso de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a onze profissionais da equipe multiprofissional de dois CAPS AD III localizados na região oeste do estado do Paraná, mais especificamente nos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR.

Os/As participantes da pesquisa foram: 2 assistentes sociais, 2 psicólogas/os, 2 enfermeiras/os, 2 terapeutas ocupacionais, 2 médicas/os e 1 educador físico. Para a realização do estudo de campo foi necessária a elaboração e submissão do Projeto de Pesquisa ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM)<sup>12</sup>.

Ademais, o texto da tese está dividido em seis seções. Na primeira, a Introdução, buscou-se apresentar os elementos constitutivos do trabalho: problematização, objetivos, justificativa, procedimentos metodológicos e a divisão da tese. Na segunda seção objetivou-se apresentar o conceito de gênero na perspectiva dos Estudos de Gênero, enquanto um determinante social da condição de saúde. Para tanto, apresenta-se a contextualização histórica da compreensão dos conceitos,

---

<sup>12</sup> O detalhamento dos procedimentos metodológicos será apresentado na quarta seção do presente trabalho.

determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, os quais têm sido incorporados à Política de Saúde brasileira, assim como uma breve retrospectiva sobre como tem se organizado o sistema de saúde brasileiro, a partir dos pressupostos contidos no Movimento da Reforma Sanitária e na Constituinte de 1988.

Na terceira seção, buscamos tecer discussões sobre as representações sociais da mulher na sociedade, bem como sobre o modo como as desigualdades de gênero incidem sobre as mulheres e tem repercussões para sua condição de saúde e de doença. Além disso, o trabalho explicita a interlocução entre o enfoque de gênero e o atendimento integral à saúde das mulheres, bem como as respostas do Estado brasileiro para tal questão.

Na sequência, a quarta seção objetivou apresentar o enfoque de gênero no que concerne o tratamento de saúde mental destinado às mulheres dependentes químicas. Para tanto, faz-se necessário apresentar a compreensão sobre o tema dependência e drogas, e adiante serão tecidas reflexões sobre o enfoque de gênero no tratamento para a dependência química, bem como o contexto de emergência da Política de Saúde Mental no Brasil, enquanto resposta do Estado para o enfrentamento à dependência química no país, com destaque para o surgimento e a organização dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III), lócus desta pesquisa.

Na quinta seção, descrevemos detalhadamente o caminho metodológico percorrido para a realização da pesquisa: definindo o campo teórico em que a pesquisa se situa; a abordagem metodológica adotada, o lócus da pesquisa, a amostra e universo da investigação, os/as participantes, os procedimentos de coleta de dados, os métodos de tratamento e análise dos dados, os aspectos éticos e por fim o campo empírico do estudo.

Na sexta e última seção objetivamos analisar a interlocução entre os Estudos de Gênero e o processo de formação de profissionais da área da saúde, a seção também possui a finalidade de apresentar a interlocução dos Estudos de Gênero e da formação profissional em saúde, no que tange o tratamento de saúde ofertado às mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Com este fim, o trabalho se debruçou em identificar a incorporação da dimensão dos Estudos de Gênero na formação de profissionais da área da saúde atuantes nos serviços de saúde mental, verificando quais são as repercussões do enfoque dos Estudos de Gênero no atendimento de saúde ofertado às mulheres em tratamento para a dependência

química. Para tanto, foi necessário explicitar as vivências das mulheres dependentes químicas, bem como o processo de formação dos profissionais que atendem este grupo nos Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) dos municípios de Cascavel-PR e Toledo-PR. Neste sentido, organizamos categorias temáticas e apresentados os resultados e as discussões dos dados encontrados durante a realização da pesquisa. Ao final são apresentadas as considerações finais, as referências, os anexos e apêndices que compõem o trabalho.

## 2 GÊNERO E SAÚDE: UM DETERMINANTE SOCIAL EM QUESTÃO

Historicamente a busca por saúde permeou a vida em sociedade. Tal busca configura-se como uma preocupação coletiva, cujos mais interessados são a sociedade e o Estado. No Brasil a assistência à saúde modificou-se mediante a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual instituiu a saúde como um direito social, materializado mediante a política de saúde brasileira, em especial por meio dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto um dos pilares do Sistema de Seguridade Social brasileiro, a política de saúde instituída no país encontra limites para sua operacionalização, os motivos variam entre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o desinteresse governamental em promover um atendimento de saúde qualitativo, universal e igualitário, e também as desigualdades ou iniquidades que incidem sobre a saúde. Este último aspecto refere-se aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais condicionam e determinam, efetivamente, a condição de saúde de um indivíduo ou grupo. Fatores associados a cultura, a economia, a história, ao meio ambiente, a idade, ao trabalho, a raça/etnia e ao gênero influenciam o processo saúde-doença.

Neste sentido, esta seção buscou apresentar o conceito de gênero na perspectiva dos Estudos de Gênero enquanto um Determinante Social da Saúde. Para tanto, apresenta-se inicialmente a contextualização histórica da compreensão do processo saúde-doença, bem como dos condicionantes da saúde, os quais têm sido incorporados pela Política de Saúde Brasileira. Posteriormente, realizou-se uma breve retrospectiva sobre como tem se organizado o sistema de saúde brasileiro, a partir dos pressupostos contidos no Movimento da Reforma Sanitária e na Constituinte de 1988 (BRASIL, 1988). Por fim, são apresentados os Determinantes Sociais de Saúde, com destaque para a categoria Gênero.

### 2.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A busca pela manutenção de um organismo saudável tem acompanhado a história da humanidade. Mediante práticas médicas, de cientistas e pesquisadores/as objetiva-se conservar o bem-estar físico, mental e social, bem como a completa ausência de doenças. Condição esta associada àquilo que se convencionou a associar com a compreensão de saúde. Mas afinal, o que é saúde? O que significa

manter um organismo saudável? E que relação se estabelece entre a condição de saúde e doença?

Na compreensão de Oviedo, Maciel e Czeresnia (2013), não há uma concepção precisa e única que nos permita definir o que de fato é saúde, embora esteja associada às características vinculadas ao bem-estar, não há como definir cientificamente quais características são estas. Para os/as autores/as, a saúde está diretamente ligada às condições concretas de existência da vida de um indivíduo ou população. Desta maneira, está associada aos aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos.

O lugar ocupado pela saúde na história de cada um/a é diferente, visto as particularidades que permeiam as experiências humanas. Neste caso, a interação de fatores biológicos, sociais, socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais, psicossociais e ambientais são capazes de produzir a condição de saúde, mas também podem produzir dor e sofrimento, ou seja, o estado de adoecimento.

Historicamente os conceitos de saúde e doença caminharam juntos, embora estejam associados às condições distintas, existe uma relação de reciprocidade entre ambos, sendo que os mesmos fatores que são capazes de produzir saúde, também são capazes de produzir doenças. Para representar tal relação de reciprocidade, utiliza-se a expressão *processo saúde-doença* (BORGES e CRUZ, 2021).

Os significados dados a tais termos modificaram-se de acordo com o período e com as transformações societárias ocorridas ao longo da história da humanidade. É possível evidenciar que cada época e sociedade encontrou uma forma singular de apresentar os elementos constitutivos daquilo que se entende por saúde e por doença. Pois “o que é saudável em um determinado momento pode ser considerado patológico em outro” (OVIEDO, MACIEL, CZERESNIA, 2013, p. 13).

Ao escrever a obra “O Normal e o Patológico”, o filósofo Georges Canguilhem, revelou que as questões biológicas associadas ao estado de saúde e doença são definidas de acordo com o que é considerado ‘normal’ ou não. Neste sentido, as doenças relacionam-se a uma ou mais perturbações do estado normal de saúde. Para Canguilhem (2009, p. 76),

o conceito de normal é um conceito original que não pode ser reduzido — e menos ainda, em fisiologia — a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. Portanto, na verdade, não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e das

condições biológicas consideradas normais. Essa ciência é a fisiologia [...]. O estado fisiológico identifica-se com o estado são, mais ainda que com o estado normal. É o estado que pode admitir uma mudança para novas normas. O homem é são, na medida em que é normativo em relação às flutuações de seu meio. Na nossa opinião, as constantes fisiológicas têm, dentre todas as constantes vitais possíveis, um valor propulsivo. Ao contrário, o estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença. As constantes patológicas têm valor repulsivo e estritamente conservador.

Ou seja, identificar aquilo que é ‘normal’ e aquilo que é ‘patológico’ relaciona-se diretamente com as concepções de ‘normalidade’ convencionadas em sociedade. Embora Canguilhem (2009) associe o ‘normal’ e o ‘patológico’ a uma condição biológica, ele chama atenção para o fato de que as situações e condições biológicas podem ser consideradas ‘normais’ ou não de acordo com as normas vigentes. Um ser humano encontra-se “são” na medida em que é normativo e funcional para viver em sociedade. Salienta-se que além dos aspectos biológicos, a noção de saúde e doença está vinculada aos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, entre outros. Contudo, compreender a produção de saúde e doença a partir desta gama de fatores fez parte das transformações societárias ocorridas ao longo da história da humanidade.

Conforme revelam Elisângela Pratta e Manoel Santos (2009), as definições usadas para definir tais condições transitaram do sobrenatural para o natural e, por fim, para o social. Na Antiguidade (período correspondente: 4 000 a.C. a 476 d.C.), as primeiras representações de saúde e doença estiveram vinculadas ao sobrenatural. Para os povos Mesopotâmios as doenças originavam-se por influência de entidades sobrenaturais. Posteriormente, o conceito de doença passou a ser explicado no âmbito das crenças religiosas, para os/as gregos/as esteve associado ao castigo divino dos/as deuses/as, os/as quais lançavam flechas para punir as transgressões humanas. No entanto, foram os povos egípcios, aliados às crenças sobrenaturais, religiosas e mágicas que evidenciaram as questões naturais que permeavam as doenças. Contudo, apenas a partir das ideias propostas por Hipócrates é que se formula um conceito de saúde e doença vinculado às causas naturais (PRATTA; SANTOS, 2009).

O grego Hipócrates viveu entre os anos de 460 a.C. e 370 a.C., e foi considerado uma figura importante na história da Medicina. A teoria Hipocrática

compreende a doença como resultado da relação desarmoniosa entre o corpo humano e a natureza. De acordo com tal teoria a doença faz parte da natureza humana e resulta do processo de interação deste com o meio. Esta concepção deu base para o desenvolvimento de ações individuais que pudessem impactar no estado de saúde, haja vista as práticas de higiene pessoal, da qualidade e tempo de repouso, da regulação da dieta alimentar, das práticas sexuais e de atividades físicas (OVIEDO, MACIEL; CZERESNIA, 2013).

A Medicina Hipocrática preocupou-se com a cura e a compreensão das causas naturais do aparecimento da doença individual, bem como com a manutenção da saúde, fato que contribuiu para o aparecimento do *pharmakón*, palavra que pode significar veneno ou remédio e é destinado para o tratamento e a cura de doenças. A ação destas substâncias variava de acordo com a dosagem recebida pelo corpo humano, logo, simultaneamente atuavam como remédio ou como veneno. Por terem sofrido influências dos/as gregos/as, os/as romanos/as também compartilhavam desta percepção acerca da saúde e da doença, assim como da utilização de substâncias para a cura de enfermidades (PRATTA; SANTOS, 2009).

Durante a Idade Média (século V ao XV), a concepção de doença esteve associada às alterações globais do organismo humano, considerando a sua interação com o meio físico e social. No entanto, neste período retoma-se a noção de doença vinculada ao sagrado, ao sobrenatural, levando-se em consideração a interação entre o corpo e a alma, cujo tratamento se dá a partir do meio espiritual e social em que o indivíduo se encontrava (PRATTA; SANTOS, 2009).

Por toda a Idade Média o conhecimento científico ficou estagnado. Foi apenas no Renascentismo (final do século XV ao início do XVI), com a queda gradativa do poder da igreja católica, que este cenário se modificou. De acordo com Pratta e Santos (2009), frente a este contexto, a partir do século XVII a Medicina se aproximou de uma concepção mecanicista da vida. Nesta perspectiva, caberia ao/à médico/a intervir biologicamente na recuperação de tudo aquilo que não estava adequado ao “bom” funcionamento de um organismo. Neste momento, observou-se uma transformação na Medicina, a qual passou a ser compreendida enquanto “uma prática, para uma disciplina das doenças” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 206). Desta forma, a saúde passou a ser entendida como a ausência de doenças e afecções, a cura esteve sujeita a eliminação dos sintomas e a função médica esteve cada vez mais ligada ao controle sobre a doença e seu tratamento. Logo,

[...] a doença enquanto foco de interesse, passou a ser dotada de objetividade, cuja causa era orgânica. Assim, o processo de adoecer estava reduzido ao biológico (**visão reducionista**), enquanto que a saúde era diretamente associada ao conhecimento disponível sobre a doença, ou seja, saúde era igual à ausência de doenças (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 207, grifo nosso).

A ciência médica ao considerar o aspecto biológico como o único determinante no processo saúde-doença, propagou uma concepção reducionista ao deixar de considerar outros determinantes que podem interferir na saúde e no adoecimento do organismo humano. Essa relação estabelecida entre saúde e doença orientou toda a produção de conhecimentos e a prática médica até o início do século XX, quando em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a definição de saúde como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001, p. 2).

Embora esta compreensão sobre saúde seja questionável, pois idealiza uma existência humana irreal, livre de obstáculos e, deste modo, inatingível, tal definição deu lugar à saúde mental e social, indo além das concepções que associam a saúde puramente ao bem-estar físico e às questões biológicas (OVIEDO; MACIEL; CZERESNIA, 2013). Nesta perspectiva, caracterizam-se enquanto determinantes do processo de saúde e doença os aspectos biológicos, as condições econômicas, sociais, culturais e psicológicas que permeiam a vida de um indivíduo. Desta maneira, as desigualdades sociais e econômicas, o desemprego, os preconceitos, os hábitos, o isolamento social, a violência, a carência afetiva, entre outras situações, são capazes de causar alterações em um organismo produzindo doenças (ALMEIDA FILHO, 2011).

Partindo destes pressupostos, ao longo do século XX foram formulados acordos internacionais e políticas públicas no Brasil e no mundo que comportaram as noções da saúde e doença enquanto resultantes de fatores multidimensionais. Tais ideias irão aparecer formalmente a partir de 1974 no documento canadense, intitulado *Relatório Lalonde*. O documento em questão apresentou a saúde como sendo composta por quatro eixos: O primeiro refere-se à *biologia humana*, e inclui os ciclos da vida, do nascimento à velhice bem como a herança genética; o segundo refere-se ao *sistema de organização dos serviços*, e este contempla os serviços e instituições que prestam atendimento à saúde; o terceiro refere-se ao *ambiente*, o que envolve o

aspecto social, psicológico e físico; e por fim, *o estilo de vida*, que considera padrões de consumo, comportamentos de risco, atividades de lazer, participação política e trabalho (ALMEIDA FILHO, 2011).

Posteriormente, os pressupostos contidos no *Relatório Lalonde* serão firmados na *Carta de Ottawa*, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da saúde, ocorrida no ano de 1986 em Ottawa, Canadá, “neste documento postula-se a ideia de saúde como qualidade de vida, resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como justiça social, ecossistema, renda e Educação” (OVIEDO; MACIEL; CZERESNIA, 2013, p. 69).

Outro acordo internacional, que foi relevante para pensar a compreensão de saúde e doença, assim como a influência dos determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, ocorreu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O evento foi realizado pela Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata (atual Almati), na República Socialista Soviética do Cazaquistão, a partir desta formulou-se a “Declaração de Alma Ata”. O documento que emergiu do acordo internacional expressou a necessidade do desenvolvimento de ações conjuntas entre governantes, trabalhadores da área da saúde da comunidade mundial, com a finalidade de promover saúde para todos e todas. Na Declaração a saúde é compreendida não simplesmente como a ausência de doenças, é um direito humano fundamental que deve ser executado a partir da interação entre os setores da saúde, os setores sociais e econômicos (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978).

No que se refere ao cuidado primário em saúde, este representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde de um país, enquanto parte integrante do sistema nacional deve levar em consideração que os cuidados primários de saúde são reflexos das condições econômicas e das características socioculturais e políticas daquela localidade. Desta maneira, a promoção de ações com a finalidade de promover cuidados primários em saúde deve levar em consideração o desenvolvimento nacional, comunitário, a agricultura, a indústria, a educação, a habitação, a alimentação e outros setores que caracterizam a realidade nacional (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978).

Contemplando as premissas comportadas na Declaração de Alma Ata (1978), bem como os pressupostos contidos na “Carta de Ottawa” (1974), o Brasil, em 1986,

incorporou a noção ampla de saúde ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta foi a primeira Conferência Nacional de Saúde ocorrida em território brasileiro com a participação da sociedade civil. O relatório final da VII Conferência expressou que

em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 4).

O documento que resultou da Conferência Nacional contemplou os inúmeros determinantes e condicionantes da condição de saúde, representando avanços para a compreensão deste tema. Além disso, também expressou a necessidade da ampliação dos direitos de saúde para toda a população brasileira, o qual deverá ser garantido pelo Estado por intermédio do acesso às condições dignas de existência e o acesso universal e igualitário aos serviços que visam a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção (CNS, 1986). As proposições contidas no Relatório Final, serviram de inspiração para o texto da Constituinte de 1988 (BRASIL, 1988) e, posteriormente, para as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90 – BRASIL, 1990a, 1990b), a partir das quais foi possível reconhecer a saúde enquanto um direito social inerente a todos os cidadãos e todas as cidadãs brasileiros/as.

## 2.2 O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Assim, no Brasil, a saúde constitui-se enquanto um direito social garantido mediante às ações do poder público. É então o Estado, por intermédio da formulação e execução de políticas públicas, mais especificamente políticas sociais que se concentram na área da saúde, que busca garantir o acesso universal, gratuito e igualitário à saúde. Direito este que não é resultado da benevolência do Estado ou de processos pacíficos, mas constitui-se como conquista dos movimentos sociais de luta pela universalização do acesso à saúde. Aqui destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que “durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes

movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários” (PINHEIRO, 2014, p. 255).

Segundo Jairnilson Paim (2009), o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (1976-1988) foi um movimento social, construído na segunda metade da década de 1970, composto por segmentos populares, de estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, os quais propuseram a Reforma Sanitária e a reestruturação dos serviços de saúde no país, objetivando democratizar a saúde no Brasil por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O movimento contou também com a participação de entidades acadêmicas e algumas instituições brasileiras, aqui destaca-se a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2009).

Nota-se que a política de saúde instituída no Brasil é resultado da luta de milhares de brasileiros na busca pela universalização e democratização do acesso à saúde no país. A mesma, ao lado das Políticas de Assistência e Previdência Social, constitui-se como um dos pilares da Seguridade Social brasileira. Neste sentido, a promulgação da Constituição Federal, em 1988, inspirada nas proposições advindas do MRS, representou um marco histórico para a política de saúde brasileira ao reconhecer a saúde enquanto um direito social de todas as brasileiras e todos os brasileiros (BRASIL, 1988), expressando em seu texto que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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, n.p).

Por meio da Constituição Federal é que emergiu o Sistema Único de Saúde, popularmente conhecido como SUS. O SUS caracteriza-se enquanto uma das respostas dadas pelo Estado às necessidades de saúde dos/as brasileiros/as. Ao lado dele são necessárias políticas econômicas, ambientais e demais políticas sociais que possam reduzir riscos e agravos à saúde da população. Segundo Paim (2009, p.34), “a proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito

à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania”. Portanto, não depende da filantropia ou do pagamento prévio, nem de provar a condição de pobreza.

Neste sentido, a institucionalização do SUS enquanto um sistema democrático e universal representou avanços para a política de saúde brasileira, no entanto, embora iniciado há pouco mais de 30 anos, o SUS encontra-se em permanente processo de construção. Há desafios que permeiam a efetiva garantia e qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, o que exige constantes mobilizações e lutas sociais.

Adiante, após a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a criação do SUS, no ano de 1990 foram instituídas as Leis Orgânicas da Saúde, as quais possuem a finalidade de normatizar e orientar a organização e a operacionalização da política de saúde no Brasil. A primeira delas foi a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e, posteriormente a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre o financiamento na área da saúde e a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990b).

No que tange a Lei 8080/1990, esta irá dispor “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (BRASIL, 1990a, n.p). Segundo a qual “[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Idem). Desta forma o Estado, por intermédio da formulação e execução de políticas sociais e econômicas, deverá garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, visando a redução de riscos de doenças e outros agravos. Dever este que não excluirá a responsabilidade das pessoas, da família, da sociedade e das empresas (BRASIL, 1990). Assim sendo, ao regulamentar o direito à saúde, compreende a saúde enquanto dever do Estado e um direito de cidadania, o qual deverá obedecer a princípios e diretrizes. Aqui destaca-se “[...] o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Enquanto acesso universal, compreende-se que todos/as poderão acessar os serviços de saúde sem qualquer limitação, seja econômica, física ou cultural. Além disso, o acesso não deve ter qualquer distinção, seja referente a idade, religião, raça, etnia, classe social, orientação sexual, ou gênero (PAIM, 2009).

O acesso aos serviços de saúde tem sido um tema amplamente discutido por pesquisadores da área. De acordo com Raquel Sanchez e Rosana Ciconelli (2012), o debate acerca deste conceito considera que o acesso não equivale simplesmente a utilização dos serviços de saúde. Para as autoras “o acesso tem sido descrito como a

oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos” (p. 264). Ou seja, são necessárias condições prévias que permitam, de fato, o acesso aos serviços de saúde de modo adequado.

Deste modo, o conceito de acesso incorpora aspectos relacionados com os sistemas de saúde e com a vida da população atendida por eles. A abordagem de Marluce Assis e Washington Jesus (2012) permite compreender que “[...] o acesso represente o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” [...]” (p. 2868).

Para facilitar a compreensão acerca do acesso à saúde, são utilizadas quatro dimensões que podem determinar a existência da desigualdade no acesso à saúde ou não. São elas: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A disponibilidade caracteriza-se pela existência de um serviço adequado no local necessário, englobando os aspectos geográficos para acesso aos serviços de saúde. Aqui são consideradas a distância, o transporte, o espaço físico no qual está localizado a instituição, o horário de funcionamento da instituição, a abrangência, a qualidade e quantidade de serviços de saúde, podendo incluir tempo de espera para o atendimento, utilização e satisfação. Esta dimensão sofre influência, entre outros aspectos, da existência de equipamentos e insumos médicos, das políticas adotadas pelos serviços de saúde, das legislações que orientam o serviço, da experiência dos profissionais de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

No que tange a dimensão definida como capacidade de pagamento, esta pode incorporar questões relativas ao financiamento da saúde. Sanchez e Ciconelli (2012) consideram a quantidade, o período, os gastos, a poupança e o salário de cada indivíduo como aspectos que tem influência no modo como os indivíduos mobilizam fundos para acessar os serviços de saúde. Vale destacar que no Brasil o Sistema Único de Saúde caracteriza-se enquanto gratuito e universal, não necessitando de pagamento prévio, o que facilita o acesso aos serviços do SUS.

A terceira dimensão é a informação, a qual é essencial para compreender cada uma das outras dimensões do acesso à saúde. Sanches e Ciconeli (2012) revelam que a informação é importante para a tomada de decisões sobre o uso dos serviços de saúde. A mesma caracteriza-se como resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e os indivíduos que o utilizam. Mediante o acesso à informação

os/as usuários/as podem conhecer os serviços, o que é inviabilizado nos casos de desconhecimentos e desinformação. Logo,

A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde. Alguns autores acreditam que a informação é o cerne do debate da equidade, considerando que o processo de empoderamento das pessoas para que estas façam escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde seja um objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 263).

Diante disso, o acesso à saúde ao observar as questões relativas à informação pode contribuir para a tomada das decisões dos indivíduos, e para o acesso apropriado aos serviços de saúde. Ou seja, a informação, em conjunto com as dimensões já mencionadas, viabiliza determinado acesso. Por fim, a quarta dimensão refere-se à aceitabilidade. Esta alude a natureza dos serviços prestados e ao modo como eles são percebidos pelos indivíduos. A mesma tem sido a dimensão mais difícil de ser alcançada, quantificada e detectada. Segundo Sanchez e Ciconelli (2012, p. 263), a aceitabilidade pode ser definida a partir da interação entre “[...] as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros [...]”. Além do mais, a interlocução entre as expectativas dos profissionais e dos pacientes influenciam na aceitabilidade dos serviços de saúde. As expectativas dos profissionais perpassam a aceitação e adesão dos pacientes ao tratamento. Já as expectativas dos pacientes estão ligadas ao modo como estes serão tratados e tratadas pelos profissionais de saúde; o modo como são ouvidos/as quanto a explicação das doenças; como discutem as alternativas de tratamento, assim como se organiza o sistema de saúde em si. A aceitabilidade preconiza o respeito entre profissionais e usuários/as dos serviços.

À vista disso, a confiança no sistema de saúde configura-se como um elemento essencial para a equidade no acesso. Em contrapartida, a falta de confiança no sistema pode ser uma barreira para acessá-lo. Os problemas relacionados à confiança têm influência nas decisões e nas experiências dos/as pacientes, estes problemas estão mais propensos a afetar de forma desvantajosa os grupos socialmente marginalizados. Em particular, os problemas relacionados a aceitabilidade estão vinculados a elementos como: as dificuldades do/a paciente em relatar seu histórico,

o que pode inviabilizar o tratamento de saúde; as menores taxas de utilização dos serviços e menores taxas de intervenção em relação à necessidade dos/as usuários/as; a limitação quanto a adesão ao tratamento, o não atendimento ou a falta de continuidade no tratamento, particularmente no cuidado crônico, e por fim, o menor número de relatos de saúde espontâneos que configuram-se como problemas no que tange a aceitabilidade (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A compreensão da aceitabilidade a partir da interação entre as atitudes dos usuários, dos/as trabalhadores de saúde e das práticas destes serviços abrangem aspectos educacionais, comportamentais, sociais e culturais. Devido a tais interações não é possível pressupor que todas as barreiras de acesso serão percebidas do mesmo modo por todos, mesmo que sejam as mesmas. Em uma sociedade multicultural, os construtos de saúde, acesso e equidade também são variáveis culturais. Desta forma, o acesso aos cuidados de saúde pode ser influenciado por questões ligadas à raça/etnia e ao gênero, dentre outras (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Perante o exposto, nota-se que o acesso à saúde, embora seja um dos princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde, não pode ser pensado apenas a partir da lógica de inserção dos usuários e usuárias nos serviços de saúde. O mesmo denota condições ligadas à informação, à aceitabilidade e à disponibilidade de acesso.

A respeito do atendimento igualitário, o sistema de saúde deve promover acesso igual a todos/as sem qualquer discriminação ou preconceito. Contudo, admite-se a noção de equidade, a qual permite que o atendimento de saúde ocorra de modo diferenciado aos que necessitam de condições diferenciadas de atendimento, ou seja, o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer em consonância com as necessidades dos usuários e usuárias (PAIM, 2009).

As ações dos serviços de saúde devem estar voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A propósito da promoção, esta deve estimular medidas capazes de fomentar a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Para tanto é necessário estimular boas condições de vida, atentando-se para a educação, a atividade física, a alimentação, o lazer, a cultura e a arte, a fim de promover o bem-estar. No que se refere à proteção, esta deverá ocorrer mediante ações específicas, à exemplo das campanhas de vacinação, o combate das endemias, o uso do cinto de segurança nos veículos, ou a distribuição de camisinha para a prevenção de Infecções

Sexualmente Transmissíveis<sup>13</sup>, bem como o controle da qualidade da água, medicamentos e alimentos. Por fim, a recuperação refere-se ao tratamento oportuno diante da doença ou agravo da condição de saúde de um indivíduo, mediante a oferta de serviços de saúde ambulatorial, hospitalar, domiciliar, entre outros (PAIM, 2009).

O direito à saúde no Brasil não se limita a uma assistência médica puramente curativa, mas preocupa-se em prevenir doenças, controlar riscos e executar ações voltadas à promoção da saúde. Com base no texto constitucional e na lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a), o acesso igualitário e universal com o fim de cultivar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, constituem-se como elementos essenciais para desenvolver uma atenção integral à saúde. Que considerem as condições que permeiam o processo saúde-doença como resultantes da interação entre uma multiplicidade de determinantes e condicionantes, sejam eles econômicos, políticos, culturais, psicológicos, biológicos, físicos e/ou sociais.

### 2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: O ENFOQUE DE GÊNERO

Não é possível pensar a condição de saúde, tão pouco a saúde enquanto um direito social, sem dar atenção ao conjunto de fatores que a determina e a condiciona. Deste modo, se faz necessário tecer discussões acerca dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, a fim de tratar com mais profundidade esta questão. Conforme expressa Carvalho (2013), parte das doenças e dos agravos que acometem a vida de um indivíduo estão atrelados às condições nas quais as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem: “Esse conjunto é denominado ‘determinantes sociais da saúde’, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde” (CARVALHO, 2013, p.19).

A política de saúde brasileira considera os inúmeros determinantes sociais como condicionantes do processo de saúde-doença. Tal prerrogativa será materializada e regulamentada nas legislações que dão base legal para o funcionamento da política de saúde no país. Nesta perspectiva, a lei 8080/1990 reconhece em seu artigo 3º, que:

---

<sup>13</sup> “A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão “Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)”, porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. As IST’s são infecções causadas, principalmente, através das relações sexuais sem o uso de preservativo com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas” (CHAVES *et al.*, 2020, p. 5).

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a, n. p).

Enquanto resultado da interação de inúmeros determinantes, a condição de saúde tem sido influenciada por fatores sociais, os quais derivam da interação de processos sociais ou pela ação direta de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos. Somando-se a isto, os fatores econômicos também possuem influência no processo saúde-doença e estão associados à capacidade econômica dos indivíduos. Os grupos economicamente privilegiados estão menos suscetíveis a serem acometidos por doenças e agravos e a incidência é maior nos grupos economicamente desprivilegiados (BORGES, CRUZ, 2021).

Nesta mesma perspectiva, fatores sociopolíticos também interferem no processo saúde-doença, determinando a condição de saúde por conta de limitações ligadas à falta de participação no campo das decisões políticas, ou o não acesso à informações. Do mesmo modo que os fatores políticos, a condição de saúde pode ser influenciada por fatores psicossociais, por influência das relações afetivas, do contexto social em que se vive pela ausência de relações parentais e devido aos transtornos econômicos, sociais ou pessoais. A respeito dos fatores socioculturais, eles incidem na saúde, mediante preconceitos, hábitos, credences, comportamentos e valores. Enfim, os fatores ambientais também terão efeito na produção de saúde, estes envolvem a sociedade e o local em que o indivíduo está inserido. E por fim, os fatores genéticos, que determinam em menor ou maior grau a suscetibilidade quanto à aquisição de doenças (BORGES, CRUZ, 2021). Desta forma, a produção da saúde possui determinação social, inclui questões econômicas, sociais, culturais, ambientais, políticas, as quais relacionam-se com as condições de vida de um indivíduo, como o trabalho, a educação, a habitação, o saneamento e também o acesso aos serviços de saúde.

Embora as discussões sobre a produção do processo saúde-doença a partir de uma determinação social, econômica e política, tenham emergido no Brasil ainda na década de 1980, a partir das proposições que orientaram o Movimento de Reforma Sanitária e as legislações subsequentes, à exemplo da lei orgânica de saúde. Foi

apenas nos anos 2000, mais especificamente em 2003, que o Estado Brasileiro passou a incorporar este conceito à formulação de políticas públicas na área da saúde.

De acordo com Carvalho (2013), também a partir de 2003, com a criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que é iniciado o processo de sistematização e articulação de iniciativas e políticas inspiradas neste arcabouço conceitual, permitindo o alargamento do campo da saúde, bem como o fortalecimento de abordagens intersetoriais para suas políticas, possibilitando o enfrentamento de seus determinantes sociais, sobretudo com vistas a diminuir as iniquidades sociais e em específico da saúde.

Segundo Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2006), as iniquidades em saúde se referem às desigualdades que se apresentam no estado da mesma em grupos e indivíduos. Para os autores, tais desigualdades derivam da forma como a vida em sociedade é organizada e elas derivam das condições de vida das pessoas, no que tange o nascimento, o trabalho e o envelhecimento. Além disso, a redução de tais iniquidades poderia ocorrer mediante a combinação de políticas governamentais no âmbito da saúde, da educação, da habitação, do trabalho e da previdência social.

A abordagem dos determinantes sociais reconhece que a condição de saúde pode ser identificada enquanto um indicador dos níveis de desigualdades existentes em uma sociedade. Desta maneira, as iniquidades em saúde funcionarão como indicador capaz de medir os níveis de igualdade e justiça social de uma sociedade, bem como o sucesso ou ineficácia do conjunto de políticas públicas que derivam da ação estatal (CARVALHO, 2013).

A abordagem dos determinantes sociais reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Para que a economia permaneça forte e a estabilidade social e a segurança global sejam mantidas, é essencial que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas. Enfatizar os determinantes sociais significa, portanto, apoiar ações coerentes sobre algumas prioridades, tais como, por exemplo, a proteção social e as mudanças climáticas. Ademais, essa abordagem leva em consideração a desigualdade intergeracional, que vinha sendo ignorada, mas hoje é central para essas questões que desafiam as políticas públicas. As mudanças climáticas – um símbolo da degradação ambiental como um todo – ameaçam o bem-estar das gerações futuras. O aumento da incidência de doenças não transmissíveis e a perda de oportunidades econômicas e benefícios da previdência social que se observa em países de todos os níveis de renda já vêm causando iniquidades intergeracionais, reduzindo a

expectativa de vida e causando insatisfações na população (CARVALHO, 2013, p. 21).

Neste sentido, as iniquidades em saúde só podem ser combatidas a partir do combate às desigualdades sociais. Deste modo, a fim de reduzir as iniquidades em saúde, cabe ao poder público, mediante a formulação de políticas públicas, oferecer melhores condições para pessoas dos estratos sociais mais vulneráveis, a fim de promover condições de saúde para tais grupos. Assim, as ações estatais terão como finalidade promover a equidade social e em saúde por intermédio de ações vinculadas ao bem-estar social, considerando os determinantes sociais da saúde, a partir de três imperativos:

primeiro, reduzir as iniquidades em saúde é um imperativo moral. Segundo, também é fundamental melhorar a saúde e ampliar o bem-estar, promover o desenvolvimento e, de forma geral, alcançar as metas de saúde. Terceiro, acima de tudo, para que uma série de metas prioritárias da sociedade – que dependem de uma distribuição igualitária da saúde – sejam alcançadas, **é preciso realizar ações sobre os determinantes sociais** (CARVALHO, 2013, p. 22, grifo nosso).

Neste sentido, com o objetivo de combater as iniquidades em saúde e promover a tomada de consciência sobre a influência dos determinantes sociais na produção da condição de saúde da população, em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), a qual objetivou atuar sobre os determinantes sociais da saúde, com o fim de desenvolver políticas voltadas para a diminuição das iniquidades (CNDSS, 2008).

Seguindo esta mesma finalidade, em 2006, mediante decreto presidencial, o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O compromisso maior da Comissão foi combater as iniquidades em saúde por intermédio da atuação sobre os determinantes sociais que a produzem (CNDSS, 2008).

Em consonância a isto, em 2008, o Relatório Final da Comissão Nacional, revelou que a criação da mesma teve como objetivo promover informações acerca dos determinantes sociais de saúde, contribuindo para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde, além de mobilizar governantes e a sociedade civil para discutir a temática, repensando as ações governamentais, assim como a adoção

da intersectorialidade, visto que a atuação sobre os DSS (Determinantes Sociais da Saúde) vai além das competências do sistema de saúde. Neste sentido, se faz necessário promover ações conjuntas entre os diversos setores governamentais (CNDSS, 2008).

Com a finalidade de apresentar e esquematizar as relações entre os vários Determinantes Sociais de Saúde, a comissão adotou como referência o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que esquematiza os diversos níveis de DSS e que serviu de base para orientar as atividades da Comissão quanto aos conteúdos contidos no relatório. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela parte visual e gráfica dos inúmeros determinantes, conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 1** - Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: CNDSS, 2008.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) dispõe os DSS em diferentes camadas, de acordo com seu grau de abrangência. Em consequência disso, as camadas mais próximas representam os determinantes individuais, com suas características individuais de idade, gênero e fatores genéticos. Já nas camadas mais distantes situam-se os macrodeterminantes que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Apesar da facilidade de visualização e exposição, o modelo não pretende explicar de modo detalhado as relações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

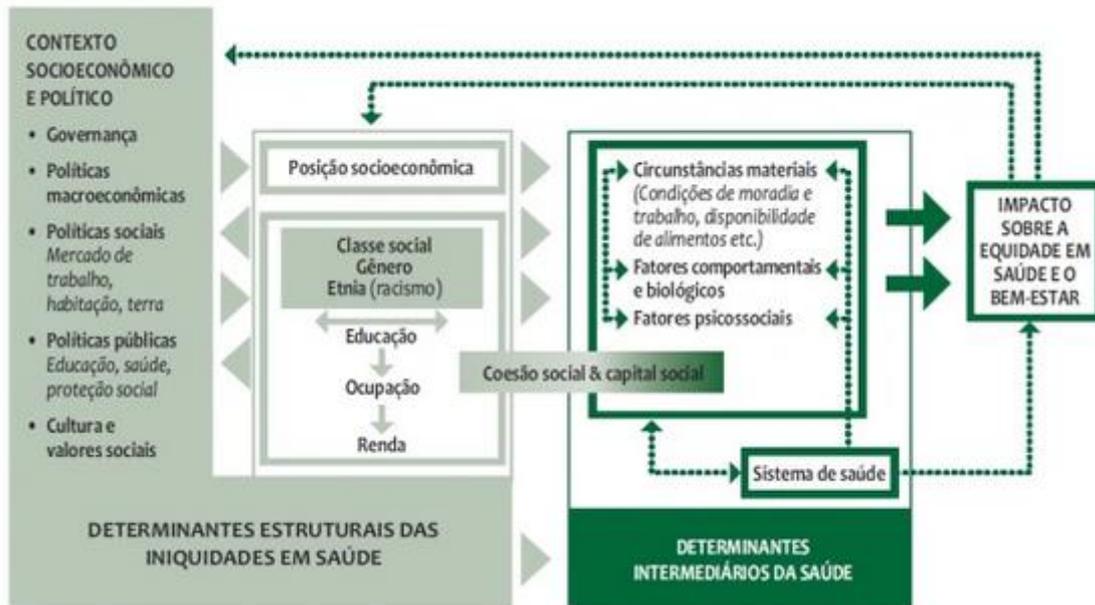
Na primeira camada, ou seja, na base do modelo, apresentam-se os fatores genéticos, o sexo e a idade, características individuais capazes de exercer influência

nas condições de saúde. No nível imediatamente superior estão situados aspectos ligados ao comportamento, ao estilo de vida, os quais têm influência do meio no qual o indivíduo se insere. Na sequência, situam-se as redes comunitárias e de apoio, seguida da camada que se refere às condições de vida, de trabalho, da disponibilidade de alimentos, de educação, do acesso a serviços e ambientes saudáveis, que podem indicar desvantagens sociais apresentando diferentes exposições e vulnerabilidades à saúde. Por fim, o modelo apresenta a última camada, a qual expõe os macrodeterminantes socioeconômicos, culturais e ambientais da sociedade, incluindo o modo de produção da vida material em sociedade, esta influencia e relaciona-se diretamente com as demais camadas (BORGES; CRUZ, 2021).

Sem dúvidas o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) é relevante por comportar os determinantes condicionantes da saúde. No entanto, há outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e as iniquidades em saúde. Como referência, apresenta-se o modelo adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Em 2010 a OMS definiu um novo marco conceitual sobre os DSS, a partir do modelo sistematizado por Solar e Irwin (2010 *apud* CARVALHO, 2013). Tal modelo foi adotado em 2011 pela Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) e avançou ao dar ênfase nas relações de gênero, raça e etnia enquanto DSS. Conforme representado na Figura 2:

**Figura 2 - Determinantes sociais: Modelo de Solar e Irwin**



Fonte: Carvalho, 2013.

Neste modelo são comportados Determinantes Estruturais das Iniquidades em Saúde que operam por meio de Determinantes Intermediários da Saúde. Na estrutura, observam-se mecanismos sociais, econômicos, políticos e culturais que estratificam a população de acordo com o nível educacional, a renda, a ocupação, a raça/etnia e o gênero. Condições estas que refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais e que determinarão as diferentes condições de saúde expressas pelos determinantes intermediários (BORGES; CRUZ, 2021).

São concebidos como determinantes intermediários as circunstâncias materiais, os fatores comportamentais, biológicos e psicossociais. A respeito das condições materiais, estas comportam as condições de moradia, de trabalho, a qualidade do ar, a vizinhança, o acesso a água e alimentação. No que tangem os fatores comportamentais, estes se expressam mediante o estilo de vida, os comportamentos associados ao consumo de álcool e tabaco e a falta de atividade física. A respeito das circunstâncias biológicas, estas associam-se aos fatores genéticos e, por fim, às circunstâncias psicossociais, que estão associadas às situações estressantes e a falta de apoio social (BORGES; CRUZ, 2021).

Além do exposto, as limitações de acesso ao próprio sistema de saúde configuram-se como determinante intermediário da saúde, pois ao mesmo tempo que é influenciada pelos determinantes sociais, têm influência dos efeitos deste. Deste modo, fatores vinculados ao gênero, educação, trabalho, renda, raça/etnia e habitação

estão totalmente ligados ao acesso aos serviços de cuidado a saúde (FIOCRUZ, 2012).

Contudo, embora os Determinantes Sociais de Saúde exerçam influência sobre os sistemas de saúde, como também sobre as condições de saúde de grupos e populações, Carvalho (2013) revela que nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os mais relevantes são aqueles que produzem estratificação social, à exemplo dos

[...] determinantes estruturais que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico (CARVALHO, 2013, p. 20).

Os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação social são as causas mais profundas das iniquidades em saúde. Tais mecanismos estruturais são capazes de produzir e alterar o posicionamento social dos indivíduos, fato que repercute diretamente nas condições de saúde. Neste sentido, ganham centralidade aspectos ligados a classe social, o sistema financeiro, o sistema educacional, o mercado de trabalho, a participação política, a formulação de políticas, a seguridade social e de proteção social (CARVALHO, 2013).

Nesta perspectiva, em 2011, o documento “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”, ao reconhecer a equidade em saúde enquanto uma meta de desenvolvimento do milênio, elucida que esta somente poderá ser alcançada a partir de intervenções que não se dirijam apenas a combater riscos específicos no campo da saúde pública, mas que se preocupem em reduzir a pobreza e promover a proteção social (OMS, 2011). Além de suscitar reflexões a respeito da equidade em saúde, o documento ora citado atenta-se para os determinantes sociais de saúde associados ao gênero, já que tal determinante é capaz de produzir estratificação social estabelecendo posições socioeconômicas capazes de gerar hierarquias de poder, prestígio e de acesso a recursos.

O conceito de gênero expressa características e sentidos associados à construção de papéis sociais femininos e masculinos instituídos em uma dada sociedade. Tal constructo possui uma conotação histórica, com repercussões para a

vida dos indivíduos. Como expressa Gama (2006), na área da saúde, a construção social do feminino e do masculino é denominado como sistema de gênero. Este determina as condições sociais de vida de homens e mulheres e também as desigualdades de poder entre ambos. Nesta perspectiva, o gênero produz hierarquias e subordinações, as quais se articulam e reproduzem as iniquidades em saúde.

Barata (2009) sinaliza em suas afirmações que todos os indivíduos possuem gênero e sexo, mas um não é sinônimo do outro. O sexo é biologicamente determinado e tem influência nas condições de saúde dos seres humanos, e o gênero é um produto sociocultural que define e molda as relações sociais e os papéis desempenhados por homens e mulheres. Há ainda uma hierarquia entre ambos, pois o gênero adquire mais relevância na produção do estado de saúde. Esta compreensão advém das discussões propostas pelos movimentos sociais centrados em defender os interesses de determinados grupos sociais, tendo como base questões identitárias e culturais, as quais emergiram na segunda metade do século XX. Neste período, com o ressurgimento do movimento feminista, que será discutido mais adiante, emerge a questão de gênero. No que tange o processo saúde-doença:

Parte da militância desses movimentos vai considerar que as determinações de gênero são mais importantes do que aquelas decorrentes da posição dos indivíduos na estrutura social, conferindo às relações de gênero o maior grau de determinação nos processos de saúde-doença e em outros processos sociais (BARATA, 2009, p. 76).

De acordo com Barata (2009), este argumento se sustenta pelo fato de que, ao nascer, um indivíduo tem sua existência determinada a partir das relações de gênero, que conforme a autora serão as mais importantes na hierarquia de determinações sociais. Contudo, vale destacar que a mesma não descarta a interação das relações de gênero com outros marcadores sociais, tal como a classe social na qual estão inseridos os indivíduos.

Para Barata (2009), são múltiplos os aspectos das relações de gênero que podem assumir proeminência temporária. Um exemplo disso é a violência doméstica contra as mulheres, que não pode ser compreendida com base apenas na classe social, por atravessar as divisões da mesma. No entanto, o modo de manifestação dessa violência pode estar fortemente marcado por questões relacionadas às classes sociais. Neste sentido,

[...] não há como estabelecer de maneira unívoca e permanente uma hierarquia rígida entre as diferentes categorias de determinação do processo saúde-doença. Em cada tipo de problema analisado, haverá a necessidade de elaborar modelos explicativos específicos nos quais a categoria gênero pode tanto ocupar a posição de determinação, quanto a posição de mediação entre diferentes aspectos da organização social (BARATA, 2009, p. 78).

As relações de gênero permeiam todas as dimensões da vida social, são atravessadas pela relação de dominação das mulheres pelos homens nos diferentes espaços de interação social, mediante a ocupação em postos de trabalho, por meio do recebimento de salários inferiores no exercício das mesmas funções, por intermédio da dupla ou tripla jornada de trabalho, a qual tem início com as tarefas domésticas e de cuidado destinado aos membros da família.

Em consequência disso, as desigualdades em saúde observadas entre homens e mulheres devem ser analisadas a partir das relações desiguais de gênero, sem ignorar a importância da estrutura social em todos os seus aspectos. Para tanto, é necessário pensar a categoria gênero enquanto um constructo social, que ultrapassa largamente os aspectos exclusivamente biológicos. Enquanto um Determinante Social de Saúde, acarreta desigualdades que colocam, especialmente, as mulheres em condição de desvantagem e subalternidade em relação aos homens. Neste caso, além de pensar sobre desigualdades de gênero, é necessário refletir sobre as repercussões para a saúde das mulheres, o que é possível fazer a partir das contribuições dos Estudos Feministas, bem como dos Estudos de Gênero.

#### 2.4 O PERCURSO HISTÓRICO DOS ESTUDOS DE GÊNERO

As representações ligadas ao exercício de papéis sociais tidos como femininos e masculinos acompanham a história da humanidade. Tal constructo social refere-se ao gênero, categoria que ganhou forma durante a década de 1960, mediante os Estudos Feministas e os Estudos de Gênero, os quais são frutos das lutas feministas pelos direitos das mulheres. A conceituação de gênero se originou, primeiramente, em 1968, por intermédio do estudioso Robert Stoller. Contudo, foi a partir dos estudos de Gayle Rubin, em 1975, que tal categoria ganhou mais visibilidade. O conceito proposto por Rubin (2017, p. 17), alterou o modo como se pensa e se fala sobre

gênero, inicialmente este foi descrito, como “sistema de sexo/gênero”, presente em todas as sociedades e definido como

[...] um conjunto de disposições pelas quais a matéria-prima biológica do sexo e da procriação humana é moldada pela intervenção humana, social, e satisfeita de uma maneira convencional, por mais bizarras que sejam algumas dessas convenções.

Na compreensão de Gayle Rubin, o gênero pode ser concebido como aquilo que é determinado socialmente, distinguindo-se do sexo, considerado biológico e natural, utilizado para descrever as diferenças sexuais entre homens e mulheres. Convergindo com as proposições de Rubin, na década de 1980, ao escrever a obra “Gênero: uma categoria útil para análise histórica”, a historiadora norte-americana Joan Scott (1989) propõe que o uso do gênero rejeita enfaticamente os determinantes biológicos baseados no sexo para justificar qualquer forma de subordinação das mulheres pelos homens. A categoria gênero se torna, aliás, uma forma de indicar as construções sociais e referir-se às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. Além disso,

o gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Apesar do fato dos(as) pesquisadores(as) reconhecerem as relações entre o sexo e (o que os sociólogos da família chamaram) “os papéis sexuais”, estes(as) não colocam entre os dois uma relação simples ou direta. O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1989, p. 7).

Se o gênero não é determinado pelo sexo, nem tão pouco determina a sexualidade, não são, propriamente, as características sexuais que determinam o que é feminino ou masculino, mas sim o modo como estas características são representadas ou valorizadas em determinado momento histórico e em determinada sociedade. Para compreender o lugar das relações entre o que é feminino e o que é masculino em dada sociedade, é importante observar, não necessariamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. Nesta perspectiva, gênero será um conceito fundamental (LOURO, 1997).

Segundo Scott (1989, p.3) “[...] o termo gênero não implica necessariamente na tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem mesmo designa a parte lesada (e até agora invisível)”. Ou seja, o termo gênero não se refere, necessariamente, às mulheres, ele as inclui sem nomeá-las. No entanto, embora não se refira necessariamente às mulheres, há uma relação intrínseca com as desigualdades enfrentadas por elas nesta sociedade. Desigualdades que passam a ser questionadas no seio do movimento feminista, a partir do qual é possível pensar no gênero enquanto uma categoria que explicita os constructos sociais que induzem a subordinação das mulheres pelos homens, aqui delinea-se o gênero.

Neste sentido, para avançar nas discussões sobre a categoria gênero e refletirmos sobre os Estudos de Gênero, se faz necessário discutir o feminismo, porque tal conceito está intrinsecamente ligado à história do movimento feminista contemporâneo. Ao escrever a obra “Gênero, sexualidade e Educação”, Louro (1997) revela que gênero é uma categoria constituinte deste movimento, e neste sentido faz-se necessário recuperar seu processo de constituição.

Enquanto movimento social organizado, o feminismo emergiu no ocidente, em meados do século XIX. Neste período, a busca pelo direito ao voto levou a constituição do movimento denominado “sufragista”. Ligados aos interesses das mulheres brancas, de camadas burguesas europeias e norte-americanas, as reivindicações pelo direito ao voto foram acompanhadas por outros objetivos mais imediatos, à exemplo da oportunidade de estudo, o acesso à determinadas profissões e por reivindicações ligadas à organização da família (LOURO, 1997).

No Brasil, a primeira onda do feminismo também deu centralidade a incessante luta pelo direito ao voto. Nas palavras de Céli Regina Jardim Pinto (2010), a bióloga Bertha Lutz foi uma de suas precursoras e liderou o movimento sufragista brasileiro. Ao fundar, em 1922, a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, fez campanha pública pelo voto, o qual foi conquistado em 1932. Ainda nesta primeira onda, chama-se a atenção para o movimento das operárias de ideologia anarquista que denunciavam as condições de trabalho das mulheres nas fábricas e oficinas brasileiras.

Sem dúvidas as lutas feministas decorrentes deste período histórico foram essenciais para a conquista de direitos reivindicados pelas mulheres. No entanto, este feminismo inicial perderá força, tanto no Brasil, quanto na Europa e nos Estados Unidos a partir da década de 1930 e só aparecerá novamente, com força e importância

na segunda metade do século XX (PINTO, 2010).

Foi apenas na década de 1960, diante da manifestação coletiva da insatisfação e inconformidade de mulheres, negros/as, jovens, estudantes e diferentes grupos, frente ao silenciamento, à discriminação e à segregação, que se desdobra a denominada segunda onda do feminismo, que além das preocupações sociais e políticas, fará proposições teóricas, inclusive sobre o conceito de gênero (LOURO, 1997). É nesse contexto, de transformações e efervescência social e política, que ressurgem o movimento feminista contemporâneo. O mesmo emergirá a partir da expressão, marchas e protestos dos diferentes grupos mencionados, mas também mediante a publicação de livros, jornais e revistas. Neste contexto, algumas obras marcaram este momento, como por exemplo “O segundo sexo”, de Simone Beauvoir (1949). Na academia e nas escolas, docentes, pesquisadoras, estudiosas e militantes feministas irão trazer para dentro das discussões questões para mobilizar reflexões intelectuais acerca da condição das mulheres na sociedade. Por este contexto emergem discussões sobre a invisibilidade histórica que acompanha as mulheres, como também a segregação social e política a qual estavam submetidas (LOURO, 1997).

Também neste contexto surgem os estudos sobre as mulheres, os quais inicialmente preocuparam-se em denunciar a opressão e ausência delas na área científica, nas artes ou nas letras, mas também propuseram reflexões acerca das condições de vida e de trabalho das mulheres em diferentes espaços, apontando as desigualdades sociais, políticas, econômicas e jurídicas que estavam submetidas (LOURO, 1997).

Na compreensão dada por Pinto (2010, p. 16), neste período o ressurgimento do feminismo permitirá que as militantes do movimento feminista falem diretamente sobre as relações de poder que incidem entre homens e mulheres, e se estabeleçam enquanto um movimento libertário na busca por espaço na política, na educação, no trabalho, na vida e por outra forma de relacionamento entre homens e mulheres.

No caso brasileiro, o ressurgimento do movimento feminista teve particularidades com relação ao resto do mundo. Nos primeiros anos da década de 1960 o país vivenciou um golpe de estado. Particularmente, em 1964, instaura-se no país a Ditadura Militar, a qual perdurou até meados dos anos de 1985 e teve entre suas características a violência e repressão da luta política e contra todos/as que se colocavam contra o regime instituído. É diante deste cenário, de repressão e

limitações, que em 1970 aconteceram as primeiras manifestações feministas no Brasil. Contudo, ocorreram de modo limitado, uma vez que foram entendidas como moral e politicamente perigosas para o regime. A partir disso, foi apenas na década de 1980 que o feminismo brasileiro entra em uma fase de grande efervescência no que tange a luta pelos direitos das mulheres. Temas como violência, racismo, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, o direito à terra e o direito à saúde materno-infantil fizeram parte das pautas do movimento (PINTO, 2010).

É no seio do movimento feminista que as relações de poder e dominação exercidas pelos homens sobre as mulheres são questionadas. É também dentro deste movimento que a categoria gênero vem sendo discutida de modo mais incisivo e mediante inúmeras perspectivas, com destaque para três correntes teóricas. A primeira advém das feministas que tentam explicar as origens do patriarcado, a segunda refere-se ao feminismo de tradição marxista, e por fim, a terceira que se divide entre o pós-estruturalista e as teorias anglo-americanas, que possui inspiração nas várias escolas da psicanálise<sup>14</sup> para explicar a produção e a reprodução das identidades de gênero (SCOTT, 1989).

A partir dos escritos de Louro (1997), é possível compreender o modo como os Estudos de Gênero foram se construindo. A autora revela que as teorizações oriundas da tradição marxista representaram um marco referencial fundamental para estes estudos, contudo para outros/as estudiosos/as da área as perspectivas construídas a partir da Psicanálise poderão parecer mais produtivas. Haverá também aquelas que afirmarão que é impossível ancorar tais análises a partir de uma lógica androcêntrica<sup>15</sup>, em que o ponto de vista masculino é colocado no centro da visão do

---

<sup>14</sup> A psicanálise foi fundada pelo médico neurologista nascido na Morávia e estabelecido em Viena - Sigmund Freud (1856-1939). A curiosidade epistemológica de Freud em conhecer a psique humana o levou a confrontar, ao longo de sua trajetória, componentes obscuros, arcaicos e irracionais da psique humana – o levando às profundezas da mente do ser humano. Até então, nenhum ser humano havia chegado à tamanha profundidade na compreensão da psique humana. Esse percurso trabalhoso de conhecimento da mente humana realizado por Freud, fez com que o médico fundasse uma nova ciência – atrelada a outras, como a psicologia, a medicina, a neurociência e as disciplinas filosóficas – a “Psicanálise”. O conceito fundamental, que permitiu que o edifício da psicanálise se desenvolvesse e abarcasse uma enorme compreensão psicodinâmica do indivíduo, foi o “Inconsciente”. Na perspectiva de Freud, mais importante do que conhecer aquilo que nos é acessível conscientemente, é conhecer aquilo que está para além do que podemos saber em um determinado estado de coisas. Esse conceito, é inicialmente estabelecido por Freud como o sistema mais arcaico da topografia psíquica, abarcando desejos, instintos e fantasias que confrontam os valores morais civilizatórios das sociedades humanas (BREVIGLIERI, 2018, p. 14).

<sup>15</sup> De acordo com Pierre Bordieu (2012, p.18), a visão androcêntrica supõe que “a força masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem a necessidade de se enunciar os discursos que visem legitimá-la.”

mundo, e que buscarão produzir explicações e teorias propriamente feministas, originando o "feminismo radical". Para Louro (1997, p. 20),

[...] em cada uma dessas filiações teóricas usualmente se reconhece um móvel ou causa central para a opressão feminina e, em decorrência, se constrói uma argumentação que supõe a destruição dessa causa central como o caminho lógico para a emancipação das mulheres. Essas diferentes perspectivas analíticas, embora fonte de debates e polêmicas, não impedem que se observem motivação e interesses comuns entre as estudiosas.

Frente a isto, neste estudo, pretende-se dar ênfase às pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no campo dos Estudos Culturais e dos Estudos de Gênero vinculados à vertente pós-estruturalista. A partir da vertente pós-estruturalista, os Estudos Culturais, assim como os Estudos de Gênero problematizarão as noções de corpo e sexualidade associadas ao conceito de gênero. Isto tudo a fim de romper com a percepção superficial de que as desigualdades entre homens e mulheres se dão de modo 'natural e inato', a partir de características biológicas que diferenciam os seres humanos. Na perspectiva destes/as estudiosos/as, as desigualdades que incidem sobre homens e mulheres, que ocasionam na "inferioridade" feminina, não são de ordem 'natural' ou biológica, elas são parte de um processo social, cultural historicamente construído, e não são determinadas pela anatomia do corpo humano (BECK; GUIZZO, 2013).

Calcado nas teorias de Michel Foucault, o feminismo pós-estruturalista conceitua o gênero com base em abordagens que dão centralidade à linguagem, compreendida como *locus* da produção das relações que a cultura estabelece entre sujeito, conhecimento, corpo e poder, afastando-se das perspectivas que consideram o corpo como uma entidade biológica universal, da qual oriunda as diferenças entre homens e mulheres e que pode ser utilizada para produzir desigualdades (MEYER, 2013).

A partir desta compreensão, a categoria gênero configura-se como um constructo sociocultural e linguístico, produto e efeito das relações de poder. As identidades de gênero e sexuais que derivam deste processo são definidas e compostas por relações sociais, e moldadas pelas redes de poder de dada sociedade. Redes estas que se constituem por intermédio de um conjunto heterogêneo que "[...] engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões

regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópica” (LOURO, 2000, p.6).

Nas redes, as representações tidas como femininas e masculinas, ou identidades de gênero, são elaboradas, sempre, por intermédio da cultura, e por conseguinte carregam marcas culturais. Neste mesmo contexto, as identidades sexuais, compreendidas a partir das possibilidades de sexualidade, na qual estão inscritos os desejos e os prazeres, também são socialmente estabelecidos.

Marcado pelas relações de poder, as relações de gênero foram se construindo historicamente. Decorre que, para Louro (2000), não há uma base binária para a manifestação do poder, aqui não se inscrevem dominantes e dominados, aqui o poder é exercido a partir de pontos e direções distintas. Além disso, a partir dos escritos de Michel Foucault, na obra “Microfísica do Poder” (1985), é possível compreender que o poder nem sempre vai atuar mediante a força ou a repressão, o mesmo permeia o pensamento, a produção e o formato das coisas, o que permite que o mesmo se torne socialmente aceito. Para o autor,

[...] se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande superego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo – como se começa a conhecer – e também a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. E a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico (FOUCAULT, 1985, p. 85).

Conforme apontado por Meyer (2013), o detalhamento do conceito de gênero possui importância e tem implicações significativas quanto ao seu uso como ferramenta teórica e política em quatro direções. A primeira delas incorpora a noção de que ao longo da vida, mediante práticas e instituições sociais, homens e mulheres se constituem, e este, que não é um processo linear, harmonioso ou progressivo, também não pode ser finalizado ou ser completo. Segundo, há inúmeros modos de viver a feminilidade e masculinidade, as mesmas envolvem circunstâncias, lugares e períodos específicos.

A terceira direção sinaliza que há polêmicas que permeiam o campo feminista quanto a categoria gênero. Isto ocorre pelo fato deste conceito não comportar apenas

as mulheres, ou por não tomar suas condições, exclusivamente, como objeto de análise. Ao invés disso, ele apresenta a ideia que as perspectivas analíticas e as intervenções empreendidas devem levar em consideração as relações de poder que permeiam as vivências de mulheres e homens, bem como as inúmeras formatações sociais que as/os constituem como “sujeitos de gênero”. Por fim, a quarta direção propõe um afastamento do conceito de gênero de análises que o reduzam a papéis designados para homens e mulheres, para aproximar-se de abordagens mais ampliadas que consideram as leis, as doutrinas, o conhecimento, as instituições sociais, bem como políticas que atravessam e são também atravessadas pelas representações do feminino e do masculino (MEYER, 2013).

Neste sentido, a categoria gênero comportará todas as formas de construção social, cultural e linguística com os processos que produzem homens e mulheres, inclusive os que incidem sobre a produção de seus corpos, separando o sexo, a sexualidade e o gênero. Logo, o gênero tem englobado e privilegiado o exame dos processos de construção das distinções biológicas, comportamentais e psíquicas. Por este motivo, não foca apenas nas funções designadas para homens e mulheres, mas aproxima-se de abordagens mais amplas, o que permite evidenciar que as instituições, as normas, as leis, os conhecimentos, e os símbolos que imperam em dada sociedade, serão atravessados pelas representações do masculino e do feminino, que produzem e/ou ressignificam tais representações (MEYER, 2013).

Os Estudos de Gênero revelam o caráter temporário e transitório que acompanha o corpo, e neste, a ideia de base biológica e binária (homem x mulher) dá espaço para o entendimento de que o corpo, bem como a sexualidade são parte integrante da construção cultural, social, política e histórica, marcado por elementos como a etnia, a raça, a cor, a classe social e a sexualidade. Neste sentido, as identidades sexuais, as quais estão associadas ao campo dos desejos, dos prazeres e da sexualidade, não são fixas ou terminadas em si, tão pouco dependem do sexo biológico. As identidades de gênero, as quais são de ordem das feminilidades e das masculinidades, são construções sociais e culturais, portanto, não estão condicionadas ao sexo biológico (BECK; GUIZZO, 2013).

De qualquer modo, ainda que uma diversidade de entendimentos e conceituações possa ser adotada, aparentemente, a maioria das estudiosas e estudiosos considera que a sexualidade supõe ou implica mais do que corpos, que nela estão envolvidos fantasias, valores,

linguagens, rituais, comportamentos, representações mobilizadas ou postos em ação para expressar desejos e prazeres (LOURO, 2007, p. 209 - 210).

Além das identidades sexuais e de gênero, no âmbito da cultura e da história se produzem outras identidades sociais (raça, nacionalidade, etc.). Esta multiplicidade constitui os sujeitos, na medida em que estes são atravessados por diferentes situações, instituições e agrupamentos sociais. Reconhecer-se a partir de uma identidade, significa estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social. No entanto, este não é um processo simples e fácil, já que a multiplicidade de identidades pode cobrar, ao mesmo tempo, lealdade. Porém as identidades sociais podem ser transitórias, com caráter fragmentado, instável, histórico e plural, a exemplo das identidades sexuais e de gênero (LOURO, 2000).

Nesta perspectiva, os corpos são significados pela cultura, pois se constituem como referência que ancora a identidade. Apresentam-se as identidades de gênero, sexual, e étnica de “marcas biológicas” como “marcas” “definidoras” da identidade. Para as quais, em determinada cultura e momento histórico, são atribuídos significados que possuem como referência a aparência dos corpos, os quais podem vivenciar desejos e necessidades em discordância com a aparência de seu corpo (LOURO, 2000).

Neste sentido, de acordo com a interferência das imposições culturais, muitos corpos buscaram se constituir com o fim de se adequar aos critérios estéticos e morais dos grupos que são pertencentes. Assim, a busca por saúde, beleza, força, juventude, mediante o cuidado estético, físico, exercícios, roupas manifestam-se nos corpos marcas de identidades e também de diferenciação entre os mesmos. Nesse momento, as marcas permitem classificar os sujeitos pelo modo como se apresentam corporalmente, pelos comportamentos e gestos que expressam (LOURO, 2000).

Conforme apontado por Louro (2000), no processo de constituição e reconhecimento das identidades são atribuídas diferenças. Fato que implica na instituição de desigualdades, de hierarquias, de ordenamentos estreitamente ligados com redes de poder que constituem a sociedade. Estas desigualdades se constituem a partir das diferenciações oriundas do lugar que o sujeito ocupa na sociedade e, conseqüentemente, são construídos contornos que demarcam as fronteiras das pessoas que estão dentro das normas socialmente instituídas, e vivem em consonância com seus padrões culturais e àquelas que vivem fora dela. Para a

autora, em nossa sociedade a norma que prevalece, historicamente, “[...] remete ao homem branco, heterossexual, de classe média urbana e cristão e essa passa a ser a referência que não precisa mais ser nomeada.” (LOURO, 2000, p. 9). Na contramão disso estão os/as sujeitos/as sociais que não cumprem as normas socialmente estabelecidas e estes/as, conforme Louro (2000), são os “outros” sujeitos sociais. Ao serem classificados pela sociedade, são atribuídos rótulos de formas sutis e violentas, que os separa, discrimina e distingue. Entre os “outros” inserem-se as mulheres, os gays, as lésbicas, as travestis, os/as transexuais, entre outros grupos.

Em conformidade a isto, Judith Butler (2019) expressa que o gênero se configura como um projeto cuja finalidade é a sobrevivência cultural. Para tanto, o gênero utiliza-se de estratégias de performance discretas como exigência para a “humanização” de indivíduos na cultura contemporânea. Aqueles que falham em performar o gênero de modo “correto” são regularmente punidos.

Segundo Butler (2003), há, no entanto, gêneros considerados “inteligíveis”, por serem capazes de manter uma relação de coerência entre o sexo biológico, o gênero culturalmente construído, a prática sexual e o desejo. Por outro lado, existem os gêneros que se caracterizam como incoerentes, os quais constantemente são proibidos e ao mesmo tempo produzidos pelas “leis” que estabelecem ligação entre o sexo biológico e a construção cultural da qual se origina o gênero. Além disso, a autora revela que as mesmas linhas que constroem o gênero, produzem a noção de que pode haver uma “verdade” sobre o sexo: a heterossexualidade.

Para garantir a reprodução de determinada cultura, diferentes exigências, bem explicadas na literatura antropológica sobre relações de parentesco, confinaram a reprodução sexual dentro de um sistema de casamento baseado na heterossexualidade, em que a reprodução de seres humanos deve acontecer seguindo certo modelo atribuído de gênero – modelo que se apresenta como garantia para a reprodução do sistema de parentesco em questão (BUTLER, 2019, p. 220).

Para Louro (2000), a sexualidade é generalizada e naturalizada, configurando a heterossexualidade como a referência para todos/as os/as sujeitos/as da espécie humana. A norma pautada na heterossexualidade supõe que todos/as teriam uma inclinação “natural” para eleger como objeto de seus afetos e desejos pessoas do sexo oposto, e ao ser concebida como o normal, o universal e o “natural”, as outras formas de sexualidade serão caracterizadas como antinaturais e anormais. Diante disso,

surgem algumas questões. A exemplo da necessidade constante e meticulosa de vigiar intensiva e constantemente a heterossexualidade, esta tida como “natural”, observa-se que,

[...] a matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de “identidade” não possam existir – isto é, aquelas em que o gênero decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não decorrerem nem do “sexo”, nem do “gênero”. Nesse contexto, “decorrer” seria uma relação política de direito instituída pelas leis culturais que estabelecem e regulam a forma e o significado da sexualidade (BUTLER, 2003, p.39).

Diante deste ponto de vista, algumas identidades de gênero parecem ser algum tipo de falha no desenvolvimento humano ou então impossibilidades lógicas, que não comportam as normas culturalmente estabelecidas. Culturalmente são impostas normas que apontam para a necessidade da manutenção de identidades de gênero vinculadas ao binarismo e à heterossexualidade. Perante a matriz cultural, não devem existir identidades de gênero que divergem do que é socialmente construído e estabelecido como modelo ideal de feminilidade e masculinidade.

A partir da apresentação das discussões propostas, verifica-se a complexidade que carrega a categoria *gênero*. Por meio dos Estudos de Gênero tal categoria tomou forma quanto ao seu significado e representação. Mediante um arcabouço teórico e conceitual foi possível compreender os elementos que constituem tal conceito, possibilitando compreender que as identidades de gênero atreladas às representações dos papéis tidos como femininos e masculinos derivam da construção cultural. Tais representações acarretaram relações desiguais de gênero, que tendem a privilegiar aos homens em diversos espaços, a exemplo dos locais de tomada de decisão política, no trabalho, no cotidiano familiar e comunitário, no acesso a bens e serviços, com destaque para os serviços de saúde

Sendo assim, as desigualdades que derivam das relações de gênero terão repercussões no processo saúde-doença. Podendo influenciar na condição de saúde ou então no adoecimento de um indivíduo. Diante disso, no presente trabalho, se faz necessário compreender as consequências das desigualdades experienciadas pelas mulheres para sua condição de saúde e de doença. Enquanto um constructo, as relações de gênero colocam as mulheres em condição de desvantagem e subalternidade em relação aos homens. Enquanto um Determinante Social de Saúde,

a categoria gênero tem permeado as ações estatais e a oferta de serviços de saúde às mulheres. No Brasil, o enfoque no gênero tem sido pensado pelo Estado mediante ações estatais destinadas à promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme explicitado na próxima seção.

### **3 O ENFOQUE DE GÊNERO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

As relações desiguais de gênero incidem sobre as mulheres e tem repercussões para sua condição de saúde e de doença. Nesta perspectiva, a categoria gênero tem permeado as ações estatais e a oferta de serviços de saúde às mulheres. No Brasil, o enfoque no gênero tem sido pensado pelo estado mediante programas e políticas públicas, com destaque para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Destarte, esta seção tem como finalidade explicitar a interlocução entre as desigualdades de gênero e o atendimento integral à saúde da mulher. Tecendo discussões sobre as representações sociais da mulher na sociedade, as origens e as consequências das desigualdades de gênero para a vida das mulheres, bem como as respostas do Estado brasileiro no que confere o enfoque de gênero para a oferta de um atendimento integral à saúde das mesmas.

#### **3.1 AS DESIGUALDADES DE GÊNERO E A SAÚDE DA MULHER: IMPACTOS E REPERCUSSÕES**

Gênero não é sinônimo de mulher, embora ambas as categorias se relacionem, uma não se refere, necessariamente, à outra. Conforme já explicitado, gênero está atrelado aos papéis sociais exercidos por homens e mulheres na sociedade, os quais estão permeados por uma infinidade de diferenças. Tais distinções provocam hierarquias e delas emergem as desigualdades que incidem sobre a vida das mulheres. São as relações desiguais de gênero que suscitam, no seio do movimento feminista, as primeiras respostas para compreender a origem de tais iniquidades, e os motivos que colocam as mulheres como as maiores lesadas deste processo.

Há, no entanto, inúmeras formas de compreender as origens da opressão e dominação exercidas por homens que implicam em condições de desigualdade para as mulheres. As principais respostas para tais questões estão associadas especialmente ao sistema patriarcal, a divisão sexual do trabalho e a construção social da cultura. As mesmas advêm dos Estudos de Gênero em inúmeras perspectivas,

com destaque para o feminismo marxista e os Estudos Culturais e de Gênero na perspectiva pós-estruturalista.

Os Estudos de Gênero pautados na vertente do pós-estruturalismo concebem a cultura como sendo um campo capaz de produzir múltiplos sentidos, que nem sempre são convergentes de masculinidade e de feminilidade. No entanto, as noções universais e essencialistas de mulher e homem, aquelas que compreendem o ser no singular, passaram a ser consideradas simplistas e contestadas. Isto ocorre, pois o conceito de gênero enfatiza a pluralidade, bem como os conflitos que distinguem corpos femininos e masculinos. Movimento este que ocorre devido a articulação de gênero com outros marcadores, tais como: classe, raça/etnia, sexualidade, religião, nacionalidade. Cada qual produz modificações nas formas de produzir a feminilidade ou a masculinidade, as quais podem ser vividas e experienciadas por inúmeros grupos, dentro dos mesmos grupos, ou ainda pelos mesmos indivíduos em momentos diferentes (MEYER, 2013).

Se gênero representa um constructo social, as identidades de gênero também são construídas socialmente. Neste sentido, existirão inúmeras formas de compreender o que significa “ser mulher”. Calcando-se nos Estudos Culturais e de Gênero e atrelando à perspectiva pós-estruturalista, as representações sociais de feminilidade irão variar de acordo com a raça/etnia, classe, a origem e a idade. Enquanto marco identitário, ser mulher significa ser plural, não há como compreendê-lo de modo simples ou singular.

No entanto, ao longo da história foram muitas os/as autores/as que se propuseram a pensar o que significa “ser mulher”, e como se constitui o sistema de opressão vivenciado por elas em diferentes contextos e períodos históricos. Pensando sobre este marco identitário, na década de 1960, ao escrever a obra “O Segundo Sexo” (1967), Simone de Beauvoir, escritora, filósofa e ativista política francesa, fez a seguinte afirmação: “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (1967, p. 9). Sem dúvidas, tal afirmação expressa um marco importante para pensar a categoria “mulher”. Ao promover esta reflexão, a autora considera que os papéis sociais exercidos pelas mulheres não devem ser compreendidos como ‘naturais’ e sim como parte da construção da sociabilidade humana. Para ela, “nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino” (BEAUVOIR, 1967, p. 9).

Ao utilizar como referência a citação de Simone de Beauvoir, Butler (2019), afirma que “mulher” é uma categoria histórica, não é natural. A autora sublinha a distinção entre o sexo enquanto uma faculdade biológica e o gênero como interpretação ou significação da cultura. Para Butler (2019), ser fêmea é uma facticidade que não possui nenhum significado em si. Neste sentido, tornar-se “mulher” é induzir o corpo a transformar-se em um signo cultural, colocando-se na condição de obediência a uma possibilidade histórica limitante. Sustentando um projeto corporal repetitivo de modo ininterrupto.

Embora Beauvoir (1967) tenha apresentado reflexões a respeito dos papéis sociais delineados socialmente para serem cumpridos por mulheres e por homens, a autora não apresentou a concepção de gênero em seus escritos, porém ainda expressa como ocorre tal construção social. De acordo com a autora, desde os primeiros anos de vida algumas características são atribuídas às mulheres. Tais atributos são delineados a partir de um traço biológico: o sexo. Pessoas que nascem com o sexo feminino recebem de seus/suas educadores/as, e da sociedade em geral, imposições que as destinam a cumprir determinadas tarefas. Desta forma,

[...] propõem-lhe virtudes femininas, ensinam-lhe a cozinhar, a costurar, a cuidar da casa ao mesmo tempo que da toilette, da arte de seduzir, do pudor; vestem-na com roupas incômodas e preciosas de que precisa tratar, penteiam-na de maneira complicada, impõem-lhe regras de comportamento: "Endireita o corpo, não andes como uma pata". Para ser graciosa, ela deverá reprimir seus movimentos espontâneos; pedem-lhe que não tome atitudes de menino, proibem-lhe exercícios violentos, brigas: em suma, incitam-na a tornar-se, como as mais velhas, uma serva e um ídolo (BEAUVOIR, 1967, p. 23).

A partir desta compreensão, as mulheres, desde meninas, passam a ser educadas para agradar, para ser objeto do/a outro/a, renunciando de sua autonomia. Nesta perspectiva, terão suas liberdades cerceadas, o que pode impedi-las de descobrir e aprender sobre o mundo que as cerca. Quanto menos conhecimento sobre a realidade, menos irão ousar afirmar-se como sujeito, o que as levaria a ter a mesma iniciativa e ousadia ensinada aos meninos. Nesta lógica, será mais prudente torná-la uma “mulher de verdade”, para que seja mais facilmente acolhida pela sociedade. Ao contrário das meninas, os meninos são ensinados que são livres para o mundo. São encorajados a serem independentes e agirem com rudez com outros meninos. Brigam com os/as colegas, os/as enfrentam em jogos violentos, usam o seu corpo como

instrumento de luta e meio de dominar a natureza, empregam a sua força em lutas, jogos, esportes e desafios, orgulham-se do seu sexo, bem como de seus músculos. Os mesmos aprendem a desdenhar da dor e a recusar as lágrimas. Aos meninos apresenta-se uma maneira diferente de existir (BEAUVOIR, 1967). Chimamanda Ngozi Adichie (2015) irá tecer críticas em torno das colocações sociais e culturais que permeiam os papéis de gênero, ao afirmar que

[...] meninos e meninas são inegavelmente diferentes em termos biológicos, mas a socialização exagera essas diferenças. E isso implica a autorrealização de cada um. O ato de cozinhar, por exemplo. Ainda hoje, as mulheres tendem a fazer mais tarefas de casa do que os homens – elas cozinham e limpam a casa. Mas por que é assim? Será que elas nascem com um gene a mais para cozinhar ou será que, ao longo do tempo elas foram condicionadas a entender que seu papel é cozinhar? Cheguei a pensar que talvez as mulheres de fato houvessem nascido com o tal gene, mas aí lembrei que os cozinheiros mais famosos do mundo – que recebem o título pomposo de “chef” – são, em sua maioria, homens (ADICHIE, 2015, p. 36-37).

Nesta perspectiva, evidencia-se que historicamente as representações de feminilidades estão associadas ao exercício de funções específicas com base no sexo biológico, as quais deixam meninas e mulheres em condição de inferioridade. Em consequência disso, quanto mais a menina cresce e torna-se mulher, mais o universo se amplia e mais evidente é a superioridade masculina. Para Beauvoir (1967), é em âmbito familiar que primeiramente manifesta-se a hierarquia entre os gêneros. Neste ambiente, pouco a pouco é evidenciada a soberania do pai, embora a mãe tenha poder neste espaço, sempre prevalece a vontade do pai.

[...] a vida do pai é cercada de um prestígio misterioso: as horas que passa em casa, o cômodo em que trabalha, os objetos que o cercam, suas ocupações e manias têm um caráter sagrado. Ele é quem alimenta a família, é o responsável e o chefe. Habitualmente trabalha fora e é através dele que a casa se comunica com o resto do mundo: ele é a encarnação desse mundo aventureiro, imenso, difícil, maravilhoso; ele é a transcendência, ele é Deus (BEAUVOIR, 1967, p. 29).

Diante disso, embora a mãe exerça funções no ambiente doméstico, tais como o cuidado com os/as filhos/as, com o marido e também as tarefas da casa, a soberania está ligada à figura do pai, do homem. Contudo, conforme expressa a socióloga

Heleieth Saffioti (2015), nem sempre a sociedade esteve fundada na soberania que carrega a figura masculina. Quando ainda não se conhecia a participação das pessoas do gênero masculino na fecundação, as mulheres eram consideradas seres divinos e poderosos por terem a capacidade de gerar uma nova vida, produzir nutrientes capazes de promover o desenvolvimento do feto e, ainda produzir leite para alimentar o/a bebê após o nascimento. Depois da descoberta da participação masculina, a qual a autora caracteriza como imprescindível, porém efêmera, o vínculo que colocava as mulheres como seres fortes e especiais foi desfeito. Neste momento o homem passou a ser visto como o portador da “semente” colocada no útero da mulher, este passou a se considerar a fonte da vida, o que os colocou no centro do universo. Nas palavras de Beauvoir (1967, p. 27),

Pensou-se durante muito tempo, pensa-se ainda em certas sociedades primitivas de filiação uterina, que o pai não participa de modo algum na concepção do filho: as larvas ancestrais infiltrar-se-iam sob a forma de germes no ventre materno. Com o advento do patriarcado, o macho reivindica acremente sua posteridade; ainda se é forçado a concordar em atribuir um papel à mulher na procriação, mas admite-se que ela não faz senão carregar e alimentar a semente viva: o pai é o único criador. Aristóteles imagina que o feto é produzido pelo encontro do esperma com o mênstruo; nessa simbiose a mulher fornece apenas uma matéria passiva, sendo o princípio masculino, força, atividade, movimento, vida.

Diante desses fatos, é possível supor que existiu na história da humanidade uma sociedade e momento histórico no qual as mulheres estiveram em condição de superioridade com relação aos homens. Contudo, para Beauvoir (1967, p. 97), tal hipótese pode ser contestada, visto que “a sociedade sempre foi masculina; o poder político sempre esteve nas mãos dos homens”. A autora afirma que as mulheres não se constituíram enquanto um grupo para si em face do agrupamento masculino. A função biológica possibilitou a emergência de privilégio aos homens, que por conta própria se afirmaram soberanos. Eles não abdicaram de seus privilégios, embora tenham alienado parcialmente sua existência à natureza e à mulher, mas o reconquistaram. Deste modo, não há entre os gêneros relação de reciprocidade, a mulher está condenada a exercer o papel do “outro”, não é ela quem escolhe seu destino: “o lugar da mulher na sociedade é sempre eles [os homens] que estabelecem. Em nenhuma época ela impôs sua própria lei” (BEAUVOIR, 1967, p. 97).

Nesta concepção, as desigualdades de gênero foram construídas baseadas em uma cultura de opressão por parte dos homens e subordinação por parte das mulheres. A este evento denomina-se: patriarcado. O patriarcado não é resultado do acaso, tão pouco de um processo revolucionário violento, é um processo histórico e parte constituinte de um sistema de dominação e opressão, o qual faz com que as mulheres sejam consideradas “naturalmente” inferiores. Tal sistema constituiu-se em momentos históricos e sociedades distintas, mediante um processo que se desenrolou durante um período de 2.500 anos (3.100 a 600 a.C).

Na obra “A Criação do Patriarcado”, Lener (2019) expressa que por quase 4 mil anos as mulheres moldaram suas vidas a partir da dominação do paternalismo, mais tarde conhecido como uma forma de configuração do patriarcado. O domínio masculino teve como fundamento os fatores religiosos e biológicos, os quais naturalizavam a “inferioridade” feminina. Do ponto de vista religioso, na compreensão de tradicionalistas, a subordinação das mulheres é determinada por Deus, logo, a dominação masculina configura-se enquanto algo “natural” e universal. Nesta perspectiva, “se Deus ou a natureza criaram diferenças entre sexos, que em consequência determinaram a divisão sexual do trabalho, ninguém pode ser culpado pela desigualdade sexual e dominação masculina” (LENER, 2019, p.43). Em vista disso, os/as tradicionalistas compreendem que deve haver atribuições de diferentes tarefas sociais para homens e mulheres.

No que tange a explicação determinista do ponto de vista biológico, esta vincula-se à experiência do homem-caçador, o qual é supostamente superior em força e habilidade de usar ferramentas e armas para “naturalmente” proteger e defender o ser considerado mais vulnerável, cujo aparato biológico a destina à maternidade e aos cuidados com o/a outro/a. Esta divisão sexual do trabalho baseada na “superioridade” masculina, se estende da idade da pedra até a contemporaneidade. Em consonância a isto, Saffioti (2015) expressa que a inferioridade feminina e a superioridade masculina estão fundadas na naturalização da suposição de que os corpos femininos são mais frágeis e os masculinos mais fortes. Esta compreensão faz parte daquilo que a autora denominou enquanto ‘tecnologias de gênero’, as quais normatizam condutas de mulheres e de homens.

Neste caso, o fator biológico se tornou um forte argumento dos/as tradicionalistas para designar alguns tipos de tarefas para os homens e outros para as mulheres. Segundo esta lógica, os homens, por possuírem mais força, capacidade

de correr mais rápido e levantar mais peso, assumiram o papel de caçadores e então provedores de alimentos. Estas características permitiram, por meio de suas experiências, que estes conquistassem habilidades que os elegeram como guerreiros e fortes caçadores, capazes de proteger e defender a mulher. Diante disso, as mulheres foram vistas como mais vulneráveis, cujo aparato biológico a destina à maternidade. Foi a capacidade produtiva feminina, caracterizada como meta maior da vida das mulheres, que reforçou a ideia de que caberá a elas o cuidado para com o/a outro/a (LENER, 2019).

A concepção ora apresentada pelos/as tradicionalistas estende-se da idade da pedra até os dias atuais. Contra argumentando-os, evidências arqueológicas refutaram tais afirmações. A coleta e a caça foram as primeiras formas de subsistência dos/as primatas. Em algumas sociedades de caçadores-coletores, o fornecimento de alimentos resultava da caça de pequenos animais, executadas por mulheres e crianças. A caça de animais de grande porte, pelos homens, servia como atividade complementar. Além disso, existiram sociedades nas quais as diferenças sexuais não tinham conotação de dominação ou opressão, as tarefas realizadas por ambos os gêneros eram consideradas complementares e contribuía para a sobrevivência do grupo (LENER, 2019).

Embora tenha sido refutada, na compreensão de Lener (2019) a supremacia masculina foi construída culturalmente fundada no mito do homem-caçador e nas determinações biológicas que associam o homem às ações de força, proteção e agressividade. Com a perda da hegemonia religiosa da igreja católica, por volta do século XIX, o determinismo biológico defendido pelos/as tradicionalistas modificou-se e a inferioridade feminina passou a ser explicada por intermédio de uma vertente “científica”. Nesta perspectiva, a menstruação, a menopausa e a gravidez eram consideradas debilitantes, e colocavam as mulheres em condição de inferioridade e exclusão (LENER, 2019).

Ao contrário da organização social apresentada nas sociedades de caçadores-coletores, que precedem o Período Neolítico (7000 a.C. até 2500 a.C.), as mulheres tornaram-se objeto de troca entre os homens de diferentes tribos. Isto ocorreu devido à necessidade de consolidação de alianças de casamento e também para gerar mais filhos/as, o que contribuiria para o trabalho desenvolvido pelas tribos. A sua troca em transações de casamento foi o primeiro papel social atribuído à mulher, o qual foi

definido de acordo com seu gênero. Ao homem o papel que lhe foi designado esteve vinculado a executar e decidir os termos desta troca (LENER, 2019).

Na Mesopotâmia, por exemplo, no segundo milênio a.C (com início em 1 de janeiro de 2.000 a.C. e fim em 31 de dezembro de 1.001), mulheres pobres, a fim de fornecer recursos econômicos para suas famílias, foram vendidas para o casamento ou como prostitutas. As mulheres também podiam ser utilizadas para o pagamento de dívidas e assim poderiam ser escravizadas. Ao serem vendidas e escravizadas, seus serviços sexuais também se configuravam como parte do trabalho escravo e seus/suas filhos/as como propriedade dos senhores. Esta não foi uma prática dirigida exclusivamente às mulheres, posteriormente, homens também foram escravizados, porém em condições distintas. Tal fato se estendeu à escravidão moderna, a qual esteve pautada no racismo, que colocou homens e mulheres negros/as e indígenas na condição de servidão daqueles/as que buscavam incessantemente a acumulação de riquezas. No caso das mulheres escravizadas, combinava-se a relação entre o machismo e o racismo (LENER, 2019).

No caso brasileiro, o domínio pelos europeus colonizadores, fez com que o país carregasse em sua formação histórica uma marca patriarcal, sexista e racista, sem as quais não seria possível conhecer a complexidade carregada pela constituição das classes sociais brasileiras (CISNE; SANTOS, 2018). No país, “à medida que o racismo e o patriarcado se consolidaram como sistema, enraizaram-se na cultura, nas ideologias e religiões de forma tal que apenas sob a análise de classe é insuficiente a compreensão deles [...]” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 105). Isso explica o fato de que, embora o escravismo faça parte do passado histórico do país, a exploração dirigida sobre mulheres e homens negros e indígenas ainda está presente na realidade brasileira e tem tido como resultado o aprofundamento das desigualdades sociais e de gênero.

No Brasil, esta realidade esteve fortemente presente nas relações sociais constituídas desde o Período Colonial (1530-1822), marcado pelo patriarcado e também pelo racismo que submeteu milhares de mulheres negras e indígenas à exploração sexual e à servidão doméstica. Diferente dos homens negros, também escravizados, as mulheres negras foram utilizadas como trabalhadoras e reprodutoras da força de trabalho (CISNE; SANTOS, 2018).

Angela Davis (2016), ao publicar a obra “Mulheres, raça e classe”, descreveu a condição da mulher escravizada nos Estados Unidos, a qual não se difere da

realidade brasileira, se configurando enquanto marca comum da escravidão da mulher negra. Conforme a autora,

como mulheres, as escravas eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual. Enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilação, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e também estupradas. O estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle dos feitos sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras (DAVIS, 2016, p. 20).

Seguindo esta lógica, Davis (2016, p. 17) expressa que, “proporcionalmente, as mulheres negras sempre trabalharam mais fora de casa do que suas irmãs brancas”. Desta forma, o espaço que ocupa o trabalho na vida das mulheres negras hoje é fruto de um padrão estabelecido durante o período escravocrata. Na condição de escravas, as mulheres tinham todos os outros aspectos de suas vidas ofuscados pelo trabalho escravo e, do mesmo modo que os homens, estas eram vistas como propriedade, capazes de produzir riqueza a seus feitores.

Nesta perspectiva, a mulher não era menos que o homem escravo, pois ambos/as representavam uma unidade de trabalho lucrativo, capaz de produzir riquezas para seus/suas proprietários/as. Antes de tudo a mulher era uma trabalhadora, e ocasionalmente era a esposa, a mãe e a dona de casa. Do outro lado, as mulheres brancas cumpriram o papel de mulheres como mães, protetoras, esposas e “adoráveis” donas de casa.

Ao tratar da especificidade da sociedade brasileira, Beatriz Nascimento (2021), na obra “Uma história feita por mãos negras”, revela que o caráter patriarcal e paternalista que permeou as relações coloniais, atribuiu à mulher branca o lugar de mãe e esposa dedicada ao marido e aos filhos. Esta será amada, respeitada e idealizada. Em contrapartida, a mulher negra será considerada, especialmente, como escrava, a trabalhadora, que satisfaz as necessidades dos senhores, das senhoras e de seus filhos. Além disso, possui a função de reprodutora de mercadoria, como mãe em potencial de novos escravos. Isto é, “a mulher negra é uma fornecedora de mão de obra em potencial, concorrendo com o tráfico negreiro” (NASCIMENTO, 2021, p.56).

De acordo com bell hooks (2019)<sup>16</sup>, na obra intitulada “E eu não sou uma mulher?”, a condição das mulheres escravizadas as colocou em situação de vulnerabilidade sexual. O que se perpetuou foi uma cultura baseada no medo com relação aos homens brancos ou negros que pudessem vitimá-las mediante o estupro, o assédio e a exploração sexual. As mulheres negras eram habitualmente estupradas a partir dos 13 anos de idade. Além disso, conforme hooks (2019), não atender às “propostas” do senhor não era uma opção, já que aquelas que questionavam ou não atendiam eram violentadas e punidas.

Diante desta realidade, as mulheres negras dificilmente eram consideradas “mulheres”, a elas não foram impostos os mesmos papéis destinados às brancas. Enquanto população escravizada, as mulheres foram condicionadas a exercer, entre outras funções, a função de “reprodutoras”, neste caso seriam “animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar” (DAVIS, 2016, p.19). Mães, pais e filhos/as foram igualmente submetidos/as à autoridade e superioridade de seus feitores.

A “herança escravocrata” teve repercussões para a vida da mulher negra, em especial no que concerne à sua condição de trabalhadora. Para Nascimento (2021), habitualmente, a mulher negra tem sido recrutada para exercer o trabalho doméstico, em grau menor o trabalho na indústria, e na área urbana e rural. Isto não ocorre ao acaso, ocupar empregos parecidos com os que ocupavam na sociedade colonial ocorre por esta ser uma mulher de raça negra e por terem sido os seus antepassados pessoas escravizadas.

A filósofa, ativista e feminista Lélia Gonzalez (2020), considera que nos anos que sucederam a abolição da escravatura no Brasil, a atividade econômica da mulher negra concentrou-se no setor dos serviços pessoais. No Censo realizado no ano de 1950, apenas cerca de 10% atuavam na agricultura e na indústria. Além disso, no que se refere ao nível educacional, constatou-se que o baixo nível educacional (segundo ano do primário ou ensino fundamental), bem como o analfabetismo eram predominantes entre as mulheres negras.

Coube ainda à mulher negra, nos primeiros anos de cidadania, arcar como um dos pilares de suas comunidades. Elas representavam os pilares e promoviam os

---

<sup>16</sup> Nasceu Gloria Jean Watkins, mas adotou o nome artístico em homenagem à bisavó. A escritora usava bell hooks em minúsculo como forma de enfatizar, segundo ela, a "substância de seus livros, não quem eu sou".

sustentos de suas famílias, e isso gerou impactos, já que o trabalho físico foi duplicado, em vista que foram obrigadas a dividir suas tarefas entre o trabalho, em geral doméstico, e suas obrigações familiares (GONZALEZ, 2020).

O que se verifica na realidade brasileira é, segundo Gonzalez (2020), um racismo cultural, no qual as mulheres negras desempenharam papéis sociais desvalorizados em termos de população economicamente dominante ativa. Para a autora, a falta de perspectiva da mulher negra fez com que ela permanecesse prestando serviços domésticos, fato que as colocou em condição de sujeição e dependência das famílias de classe média branca.

Além disso, Gonzalez (2020) chama a atenção para uma questão sobre o processo de exclusão da mulher negra. Na sociedade brasileira este é patenteado por papéis sociais que lhes são atribuídos: “doméstica” e “mulata”. No primeiro caso, está demarcado o seu “lugar natural” como empregada doméstica, merendeira e servente. No segundo caso, associa-se a figura da mulher negra como “produto de exportação”, ou seja, é produto a ser consumido, em geral, pelo turista, pelo estrangeiro, pelo burguês. Esta forma de exploração sexual da mulher negra se articula a todo um processo de distorção, comercialização da cultura negra brasileira. Diante desta constatação,

pode-se concluir que discriminação de sexo e raça faz das mulheres negras o segmento mais explorado e oprimido da sociedade brasileira. Limitando suas possibilidades de ascensão. Em termos de educação, por exemplo, é importante enfatizar que uma visão depreciativa dos negros é transmitida nos textos escolares e perpetuada em uma estética racista constantemente transmitida pela mídia de massa. Se adicionarmos o sexismo e a valorização dos privilégios de classe, o quadro fica então completo (GONZALEZ, 2020, p. 160).

Ao se referir às mulheres negras, Sueli Carneiro (2019) explicita que a opressão vivida por elas se distingue da experiência reconhecida pelos discursos clássicos sobre opressão contra as mulheres brancas. Tais discursos não reconhecem a experiência histórica diferenciada, assim como não tem dado conta de apresentar os efeitos que este processo opressor teve sobre a identidade dessas mulheres. Neste sentido, Carneiro (2019) aponta para a necessidade de *enegrecer* o movimento feminista brasileiro. Isto significa demarcar no movimento de mulheres o peso que a

questão racial tem sobre suas vidas, bem como sobre a configuração de políticas públicas.

No entanto pondera-se que a luta das mulheres, mesmo que ocorra a partir de uma unidade, não necessita superar apenas as desigualdades históricas geradas pela hegemonia masculina, ela exige também a superação de uma ideologia complementar ao sistema de opressão, haja vista do racismo. O racismo institui a inferioridade social de segmentos populacionais, a exemplo das pessoas negras, em que as mais afetadas são as mulheres, apresentando-se como um divisor na luta delas pelos privilégios instituídos para mulheres brancas. Neste sentido, a luta das mulheres negras tem sido essencial para desenhar novos contornos políticos para o movimento das mulheres, pois tece discussões sobre a questão racial e a questão de gênero (CARNEIRO, 2019).

Diante do exposto, constata-se que do mesmo modo que gênero é estruturante da sociedade, raça/etnia e classe também o são. Devido às suas origens históricas e culturais, o sistema de dominação patriarcal mantém-se em constante transformação. O mesmo tem cruzado fronteiras e deixado marcas no tratamento destinado às mulheres, com destaque para as mulheres negras, entre as quais a condição de exclusão e discriminação incide tendo como marcador social a raça.

Neste sentido, as desigualdades recairão sobre a vida das mulheres de modo distinto, podendo ser intensificada na relação com sua classe social e raça/etnia. O que não ocorre ao acaso, mas como parte de um processo histórico que colocou em condição de desigualdade determinados agrupamentos sociais. O patriarcado penetrou em todas as esferas da vida social, o que fez com que as desigualdades de gênero se expressassem de diferentes modos na vida das mulheres. Seja por meio da violência, pela exclusão, pela restrição à participação política ou pela falta de acesso a bens e serviços (SAFFIOTI, 2015).

A desigualdade longe de ser natural é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais. Nas relações entre homens e mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência (SAFFIOTI, 2015, p. 75).

Diante do exposto, constata-se que o modo como historicamente a sociedade se configurou submeteu as mulheres à dominação, opressão e desigualdade, com

repercussões para o exercício de sua liberdade. Elas não puderam ser livres para fazer escolhas sobre seus corpos, sobre sua sexualidade ou sobre suas vidas.

Além de oprimir e explorar as mulheres, o patriarcado exerce controle sobre seus corpos e sua sexualidade. Para Cisne e Santos (2018), na sociedade capitalista ocidental, o modelo heterossexual compulsório foi instituído para atender dois interesses dos homens. O primeiro foi ter controle sobre o número de filhos e filhas dentro do casamento monogâmico, o que significava a possibilidade de mais produção de riqueza, e o segundo seria a garantia que a prole é sua, assegurando ao homem a perpetuação da propriedade privada mediante a herança.

Vale destacar, ainda, que embora o sistema patriarcal dirija suas implicações essencialmente às mulheres, os sujeitos que violam o modelo instituído também sofrerão sua opressão. Em especial as pessoas que se identificam com as representações sociais de feminilidade, associando-se ao inferior, ao frágil, ao subserviente, tal como as mulheres transexuais e as travestis.

Este sistema também dirige suas implicações às pessoas que transgridem as normas socialmente estabelecidas pelo modelo patriarcal, fundado na figura do homem como ser soberano e na invisibilização e subalternização da mulher. Neste sentido, o modelo ora instituído controla a subjetividade da mulher, atingindo, também, a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros, *Queers*, Intersexos, Assexuais), mediante a imposição do binarismo e da heterossexualidade como prática supostamente correta e única possibilidade aceitável de expressão e vivência da sexualidade e das relações afetivas.

Deste modo, o patriarcado utiliza-se do controle e do medo para assegurar condições de exploração, de opressão e de violência contra as mulheres. Para tanto, demanda da construção de bases ideológicas e materiais que sustentem e naturalizem as relações de desigualdade. A este respeito, Cisne e Santos (2018, n.p) expressam que “[...] a divisão sexual do trabalho funda materialmente a exploração dos homens sobre as mulheres”.

Na concepção de Flávia Biroli (2018), as hierarquias de gênero são capazes de produzir identidades, vantagens e desvantagens e não podem ser explicadas sem levar em conta a divisão sexual do trabalho. Para a autora os papéis designados às mulheres estiveram relacionados a esta divisão. O que faz com que elas sejam oneradas com tarefas e responsabilidades distintas daquelas dirigidas aos homens. Este fenômeno não é recente, precede a instituição do patriarcado, no entanto, foi

diante do Modo de Produção Capitalista que ficou mais evidente a separação entre casa e trabalho, a divisão de tarefas e a responsabilização desigual de homens e mulheres por elas. Conforme explica Biroli (2018, p. 28),

a responsabilização desigual de mulheres e homens por um trabalho que se define assim, como produtivo e não remunerado seria a base do sistema patriarcal no capitalismo. O patriarcado, como sistema político, consistiria numa estrutura de exploração do trabalho das mulheres pelos homens.

No capitalismo o sistema patriarcal se reorganizou e assumiu novas formas de exercer a opressão das mulheres pelos homens. Para que continue a se perpetuar, segundo Lener (2019), entre outros artifícios, o patriarcado tem funcionado também com a cooperação das mulheres. A qual é assegurada por diversos meios de

[...] doutrinação de gênero, carência educacional, negação a mulheres do conhecimento da própria história de mulheres, pela definição de “responsabilidade” e “desvio” de acordo com suas atividades sexuais; por restrições e coerção total; por meio de discriminação no acesso a recursos econômicos e poder político e pela concessão de privilégios de classe a mulheres que obedecem (LENER, 2019, p. 267).

Segundo Biroli (2018), na convergência entre capitalismo e patriarcado, as mulheres irão qualificar-se enquanto grupo direcionado a desenvolver ocupações específicas, com menor remuneração que os homens que desempenham as mesmas atividades e serão oneradas pelo trabalho cotidiano que prestam gratuitamente. Contudo, a divisão sexual do trabalho não recai sobre elas do mesmo modo, o que implica que a produção do gênero no modo de produção capitalista é radicalizada e atende a uma dinâmica de classe.

A partir desta concepção, a produção do gênero se dá mediante a exploração do trabalho das mulheres e pela vulnerabilidade que incide sobre elas. Precisamente por meio da codificação de diferenças entre o feminino e o masculino, as quais são vistas como “naturais” e acabam por imprimir uma concepção dual e binária de gênero (mulher e homem) às vivências humanas (BIROLI, 2018).

Nesta perspectiva, as desigualdades ou hierarquias de gênero só podem ser explicadas a partir da divisão sexual do trabalho. Esta divisão produz identidades, vantagens e desvantagens, conferindo tarefas e responsabilidades semelhantes a todas as mulheres, liberando os homens de exercerem as mesmas funções.

Na compreensão de Biroli (2018), embora não o faça isoladamente, a divisão sexual do trabalho é a base fundamental para o exercício da hierarquia de gênero, a qual está intrinsecamente relacionada à classe social e à raça. Neste sentido, o gênero tem sido produzido na convergência entre a divisão sexual do trabalho, a raça, a classe e também a nacionalidade. Deste modo, não se configura de modo independente.

Segundo Nascimento (2021, p. 57), em uma sociedade em que “[...] a dinâmica do sistema econômico estabelece espaços de hierarquia de classes, existem alguns mecanismos para selecionar as pessoas que irão preencher esses espaços”. Para a autora, o critério racial se constitui enquanto um destes mecanismos e, por meio dele, pessoas negras são relegadas aos lugares mais baixos da hierarquia. Deste modo, ocuparão os lugares que são dirigidos a estes, desobrigando-se de penetrar em espaços destinados às pessoas brancas, perpetuando a dominação e o privilégio branco (NASCIMENTO, 2021).

Em vista disso, as hierarquias associadas à classe e a raça são constituídas por meio das particularidades históricas de cada formação social. A psiquiatra e psicanalista, Neusa Santos Souza (2021, p. 48), ao escrever a obra “Tornar-se negro”, tece reflexões acerca da história da ascensão social da pessoa negra no Brasil, revelando que,

a sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcando o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco, e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior.

Aqui, convém explicitar a categoria raça compreendida a partir de uma noção ideológica, criada como um critério social para distribuição de posições na estrutura de classes. Embora esta tenha como base a qualidade biológica, em especial a cor da pele, no Brasil foi definida em termos de atributos compartilhados por determinado grupo social, o qual possui em comum uma mesma graduação social, os mesmos valores culturais, o mesmo prestígio e a mesma bagagem (SOUZA, 2021).

Em sociedades multirraciais e racistas, como é o caso do Brasil, a raça terá funções simbólicas, associadas a valores e também à estratificação. A partir deste marcador social é possível distribuir os indivíduos em diferentes posições na estrutura

de classe, em conformidade com padrões mais próximos da classe/raça dominante (SOUZA, 2021).

Deste modo, ao se considerar o critério racial como determinante da hierarquia de classes, “[...] não é possível assim, pressupor que os privilégios estão sempre entre os homens, e as desvantagens e as formas mais acentuadas de exploração, entre as mulheres” (BIROLI, 2018, p. 22). Um exemplo desta realidade se expressa quando realizamos a comparação entre mulheres brancas e homens negros. Ao acessarem postos de trabalho, a escolarização e também a profissionalização, as mulheres brancas encontram-se em maior proximidade com os padrões de oportunidade dos homens brancos e apresentam vantagens em relação aos homens negros. Em um local de maior desvantagem e pauperismo estão as mulheres negras (BIROLI, 2018).

Neste sentido, verifica-se que a opressão direcionada à mulher não ocorre de modo independente, mas de maneira inter-relacionada, logo, não se relaciona apenas com o gênero, mas perpassa a classe social, a raça/etnia, a identidade de gênero, entre outros marcadores sociais. De acordo com Elisiane Matos e Sandra Maria Sacramento (2019), na contemporaneidade, o feminismo tem dado atenção para as questões vinculadas à denominada interseccionalidade.

O termo interseccionalidade foi cunhado pela norte-americana Kimberlé Crenshaw, em 1989. O mesmo emergiu do movimento feminista negro e se propagou entre feministas e pesquisadoras dedicadas aos Estudos de Gênero e aos Estudos Feministas como uma adesão estratégica necessária para compreender a intersecção entre gênero, classe e raça (ANSCHAU, 2021).

De acordo com Crenshaw (2018), a interseccionalidade opera no sentido de considerar o que a autora denomina como sobreposições, que afetarão pessoas em maior ou menor proporção, de acordo com sua raça, gênero, classe e sexualidade. A interseccionalidade lidará com grupos sobrepostos, haja vista o grupo das mulheres negras que se encontram em desvantagem em comparação às brancas, o das pessoas em condição de pobreza e aquelas que sofrem discriminação por possuírem alguma deficiência.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e

outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2018, p. 177).

Neste sentido, a combinação entre raça, classe, gênero e outros marcadores sociais, podem acarretar processos de opressão, os quais ocasionam desigualdades que incidem em maior proporção as mulheres negras, Visto que as desigualdades que acometem as mulheres não podem ser observadas à revelia de marcadores associados à classe, raça, etnia, idade, origem e sexualidade. Tais marcadores são capazes de produzir diferentes representações de feminilidade, em diferentes momentos históricos e localidades distintas. Neste sentido, “ser mulher” não é algo “natural” ou singular. Não há uma noção universal sobre tal marco identitário, posto que as representações sociais de feminilidade variarão de acordo com marcadores sociais que irão apresentá-la, a mulher, como um ser plural. Nesta mesma perspectiva, as desigualdades de gênero que incidem sobre elas também serão vivenciadas de modo distinto por elas.

Ao considerar a categoria mulher a partir apenas das representações ditadas pelas normas culturais, apresentando-a como algo comum e globalizante, esta se torna excludente, pois não comporta as infinitas possibilidades e as vivências de diferentes mulheres, sejam elas negras, indígenas, brancas, pobres, ricas, religiosas, ateias, ocidentais, orientais, lésbicas, travestis ou transexuais. Diante disto, o não binarismo, bem como a interseccionalidade, revelam-se como essenciais para as discussões que buscam entender o que é “ser mulher”, pois comportam diferentes vivências e representações sociais das identidades de gênero associadas ao feminino. Além disso, as relações desiguais de gênero vivenciadas pelas mulheres, terão repercussões na sua vida afetiva, familiar, profissional, política, assim como no processo saúde-doença. Nesta perspectiva, se faz necessário estabelecer uma interlocução entre gênero e a atenção integral à saúde da mulher.

### 3.2 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

As mulheres representam as que mais utilizam os serviços de saúde, e também representam a maioria dos/as trabalhadores/as do sistema. Elas frequentam tais espaços não apenas para seu próprio benefício, mas frequentemente acompanham o

atendimento de outros/as, com destaque para crianças, adolescentes, idosos/as, amigos/as, vizinhos/as e familiares, exercendo o papel de cuidadoras dos/as mesmos/as. Ao acessarem tais espaços, partilham de desafios similares aos homens no que tange à saúde, mas há diferenças que merecem atenção, pois, há desafios em saúde com impacto maior ou diferente sobre as mulheres, que demandam respostas específicas e sob medida para atender suas necessidades (RODRIGUES, 2015).

Embora vivam mais que os homens, as mulheres adoecem mais frequentemente, isto ocorre, entre outros motivos, por questões relacionadas à discriminação nas relações de trabalho, devido à sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e com os/as filhos e filhas, além das desigualdades que vivenciam por conta de sua condição de gênero. Conforme ponderado por Rodrigues (2015), a vulnerabilidade feminina frente a algumas doenças e causas de morte está mais frequentemente associada com situações que derivam da discriminação da sociedade do que com fatores biológicos.

De acordo com o Relatório Mulheres e Saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2009), a saúde das mulheres tem sido prejudicada pelo modo como as mesmas são tratadas e o *status* social conferido a elas. Deste jeito, as discriminações, opressões e desigualdades conferidas ao gênero feminino configuram-se enquanto elemento prejudicial para sua saúde, que em suas formas mais extremas podem levar à morte violenta. Assim,

a saúde das mulheres é profundamente afetada pela forma como são tratadas e o status que lhes é conferido pela sociedade como um todo. Onde as mulheres continuam sendo discriminadas ou submetidas à violência, sua saúde é prejudicada. Onde elas são excluídas, por lei, da posse de terras ou propriedade ou do direito ao divórcio, sua vulnerabilidade social e física aumenta. Na sua expressão mais extrema, a discriminação social ou cultural de gênero pode levar à morte violenta ou ao infanticídio feminino. Mesmo quando algum progresso é alcançado, há razões para continuar pressionando por melhorias. Embora tenha havido muito progresso no acesso de meninas à educação, por exemplo, ainda há defasagens na relação masculino-feminino quando se trata da educação secundária, acesso a emprego e igualdade de remuneração. Maior independência usufruída por algumas mulheres, decorrente do emprego feminino mais generalizado, pode trazer benefícios para a saúde, porém, globalmente, as mulheres são menos protegidas no local de trabalho, tanto em termos de segurança como em condições de trabalho (OMS, 2009, p. 14).

Neste sentido, verifica-se que as desigualdades, normas e expectativas de gênero impactarão profundamente sobre as condições de saúde e a produção da doença entre as mulheres. Diante deste contexto, é necessário caracterizar que estabelecer a correlação entre desigualdades de gênero e a saúde é uma tarefa necessária, visto que “[...] nos processos saúde-doença estão presentes contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, bem como estão presentes outros fatores ligados às determinações de gênero” (GAMA, 2006, p.84).

De acordo com o documento Mulheres e Saúde (OMS, 2009), já citado, as iniquidades de gênero no que tange a renda, a educação, a nutrição, a participação política, a distribuição de recursos, a atenção à saúde, estão associadas fortemente com uma saúde precária e com a diminuição do bem-estar. Neste sentido, o acesso ao emprego, a igualdade de remuneração, a maior independência, melhores condições de trabalho podem trazer benefícios para a saúde das mulheres.

A combinação entre desigualdade de gênero e os determinantes biológicos e sociais da saúde das mulheres aumentam a exposição e a vulnerabilidade aos riscos relativos às limitações ao acesso à atenção à saúde, o que vai ter influência nos resultados de saúde. Ao reconhecer tal fato, a OMS (2009) expressa a necessidade de atentar-se à implementação de reformas da atenção em saúde para que os sistemas de saúde atendam melhor as necessidades de mulheres, pois há limitações no que tange o acesso aos serviços de saúde.

O documento publicado pela OMS (2009) revelou que embora as mulheres e os homens compartilhem desafios de saúde parecidos, as diferenças entre ambos/as revelam que a saúde da mulher merece atenção particular. Em geral, a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens, isto se deve não apenas por causas biológicas, mas também por causas comportamentais<sup>17</sup>. Contudo, esta realidade não se expressa em todos os países do mundo, há lugares, como os países asiáticos, em que estas vantagens (maior expectativa de vida) são anuladas devido à discriminação

---

<sup>17</sup> Em 2007, O Ministério da Saúde publicou uma cartilha dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). No documento foram apresentadas algumas causas que fazem com que os homens adoçam e tenham uma expectativa de vida menor que a das mulheres. Aqui evidencia-se como causa: o fato de que utilizam álcool e outras drogas com maior frequência; não praticam atividade física com regularidade; estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho; estão mais susceptíveis à infecção de IST/aids; não se alimentam adequadamente; estão envolvidos na maioria das situações de violência; não procuram os serviços de saúde; acham que nunca vão adoecer e por isso não se cuidam; não seguem os tratamentos recomendados (BRASIL, 2007).

baseada no gênero. O Relatório revela que existem condições que serão vivenciadas apenas por mulheres, cujo impacto negativo é sofrido apenas por elas requerendo respostas específicas para atender as suas necessidades.

A este respeito, Rodrigues (2015) explicita que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem determinar e limitar definitivamente o acesso a um atendimento de qualidade, bem como a condição de saúde das mulheres usuárias dos serviços. As limitações ao acessarem os serviços de saúde podem determinar decisivamente a possibilidade de atendimento de qualidade. Desse modo, a incorporação da categoria gênero na formulação e avaliação de políticas na área da saúde permite mostrar uma nova dimensão da desigualdade social e explicar situações e fenômenos que não teriam visibilidade sem este enfoque.

Neste sentido, embora a construção social acerca das representações de masculinidade e feminilidade não sejam recentes, a incorporação da categoria gênero para a elaboração de políticas públicas na área da saúde sim é. A primeira proposta de política pública neste sentido ocorreu efetivamente mediante a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984 através do documento denominado: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”.

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para ofertar assistência integral à saúde da população feminina, com ênfase nas ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo. Exigiam também uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento, estabelecendo a necessidade de capacitação de recursos humanos. A integralidade da assistência à saúde pressupõe uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de modo que os/as usuários e usuárias pudessem se apropriar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Até o surgimento do PAISM, a atenção à saúde da mulher no Brasil preocupava-se especificamente com a mulheres que eram mães. Neste sentido, o grupo materno-infantil recebeu ênfase por parte das políticas públicas que precedem a instituição do PAISM. Algumas análises demonstram que as ações nesta direção funcionavam como estratégias de proteção aos grupos em maior vulnerabilidade, à exemplo de crianças e gestantes. No âmbito do movimento feminista brasileiro, essas ações sofreram críticas devido à perspectiva reducionista com que tratava a mulher, inclusive por reduzi-la a uma condição biológica. Neste momento, a atenção à saúde

da mulher ficou condicionada a receber cuidados durante e após a gestação (PNAISM, 2004).

Em vista disso, o movimento organizado de mulheres introduziu na agenda da política nacional, questões que estavam em segundo plano no campo da saúde. Tratando de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, as quais se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fez-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Diante disso, com a instituição do PAISM, em meados da década de 1980, a atenção à saúde da mulher começa a ser pensada de modo integral. Com práticas que viabilizem o atendimento clínico-ginecológico, bem como as abordagens educativas dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, por meio de ações de controle das infecções transmitidas sexualmente, do câncer uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção (Maria José OSIS, 2015). O Programa ainda incorporou a equidade, a descentralização, a hierarquização, a regionalização dos serviços e a integralidade da atenção em saúde, bem como os princípios e as diretrizes deram base, no âmbito do Movimento Sanitário, para a formulação do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, a instituição do PAISM (BRASIL, 2004) sem dúvida representou um avanço no que diz respeito ao atendimento de saúde destinado à mulher. Contudo, Rodrigues (2015) expressa que devem ser observadas algumas ressalvas. Para a autora, o Programa pode ter significado uma tentativa de “disfarce” das ações do governo para atuar no controle de natalidade. No entanto, expressa sua importância na medida em que buscou superar a concepção do cuidado à saúde da mulher limitado ao pré-natal, parto e puerpério.

Após a implementação do PAISM (BRASIL, 2004), foram tecidas também as primeiras reflexões acerca da saúde da mulher no âmbito dos movimentos sociais, das Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalham na área da saúde, de pesquisas e produções acadêmicas da saúde, que passaram a apontar, em meados da década de 1990, que experiências associadas à discriminação, violência, mal-estares psicossociais apresentam-se como fonte de iniquidades e tensões na vida das mulheres que se utilizam dos serviços de saúde (GAMA, 2006).

Neste sentido, o Brasil passa a incorporar a atenção integral à saúde da mulher sob à perspectiva de gênero. Na concepção dada por Gama (2009), a saúde integral, refere-se à atenção de qualidade a partir de um conjunto de ações que considere aspectos sociais, psicológicos, biológicos, sexuais, ambientais e culturais do bem-estar. Neste sentido, constitui-se como qualitativa a boa atenção que incorpore estes aspectos nas circunstâncias concretas de cada demanda. Fato que implica superar o enfoque biologista com que aborda a saúde o modelo médico predominante. Nesta perspectiva, a concepção de integralidade proposta pelo Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher,

[...] implica conhecer as limitações do conhecimento biomédico para responder aos graves problemas da população feminina, por deixar em plano secundário aspectos humanos e sociais do processo saúde-doença e, acrescentamos, os efeitos do simbólico sobre o corpo e adoecimento. Implica trabalhar conteúdos que incluem, mas ultrapassam, o nível estrito dos conhecimentos produzidos sobre determinadas patologias ou cuidados preventivos. A crítica à transmissão vertical de informações supõe abrir espaço para a intersubjetividade no processo de conhecimento, para a interação e a troca, para que profissionais e usuários compartilhem conhecimentos entre si (MENDONÇA, 2006, p. 197).

A concepção de atenção integral amplia o olhar sobre as necessidades das mulheres. A partir de práticas preventivas, de promoção e proteção à saúde, produzidas levando em consideração que não devem prevalecer os fatores biologistas nas ações de atenção à saúde, mas sim uma infinidade de fatores, os quais constituem os/as sujeitos/as. Pensando assim, a integralidade torna-se essencial para a realização de um atendimento integral à saúde. Conforme expresso por Pinheiro (2014), a integralidade constitui-se enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Pautando-se na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), bem como na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a). A integralidade buscará promover ações de saúde a partir de práticas preventivas, curativas, coletivas e individuais, por intermédio da busca por soluções e inovações dos modos de cuidar de pessoas e populações, caracterizando-se como um meio de concretizar o direito à saúde. Conforme Roseni Pinheiro (2014), o atendimento integral não deve ser reduzido ao cuidado do aparelho biológico, o mesmo deve levar em consideração os contextos cultural, familiar e social, em que o indivíduo está inserido.

A este respeito, destaca-se a integralidade da assistência à saúde como um princípio norteador das ações de saúde. Como definição legal, a integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, n. p).

A integralidade constitui-se enquanto um dos princípios doutrinários do SUS. Como tal, o atendimento integral à saúde envolve promoção, proteção e recuperação, mas deve priorizar as ações preventivas, com o fim de evitar que pessoas e populações adoçam ou tornem-se vítimas de outros agravos. No entanto, o olhar voltado para a prevenção não deve prejudicar as atividades assistenciais que cuidam de pessoas acometidas por alguma doença, ao não evitar os agravos da saúde, se faz necessário ofertar o cuidado oportuno para as pessoas que necessitarem, considerando sua inserção em um contexto social, familiar e cultural (PAIM, 2009).

Desenvolver ações de atenção integral significa materializar a saúde como um direito. Na percepção de Pinheiro (2014), esta pode ser organizada a partir de um conjunto de sentidos. O primeiro deles refere-se à “boa Medicina”, que consistiria em uma resposta ao sofrimento do/a paciente que procura o serviço de saúde, com cuidado para que tal resposta não seja reduzida ao aparelho ou sistema biológico.

O segundo aspecto que compõe a integralidade refere-se ao modo de organização das práticas. Aqui, busca-se apoiar-se na horizontalidade, superando a fragmentação das atividades ofertadas nos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de atividades junto à comunidade. E por fim, a integralidade como resposta governamental a problemas específicos de saúde, que se refere especialmente às ações desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (PINHEIRO, 2014).

A integralidade pode se constituir enquanto ato cotidiano, atuando nos serviços de saúde, por meio de ações que produzam transformações na vida das pessoas e das comunidades. Superando e repensando a realização do processo de trabalho, a gestão e o planejamento das práticas de saúde, construindo novos saberes e práticas em saúde, capazes de transformar o cotidiano das pessoas que buscam atendimento, bem como dos/as gestores/as e profissionais de saúde (PINHEIRO, 2014).

Neste sentido, a atenção integral resulta da interação entre usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as que, no cotidiano de suas práticas profissionais,

preocupam-se em ofertar o cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção, a partir de um fazer coletivo em defesa da vida, do direito à saúde e da cidadania. Salienta-se que a integralidade se configura enquanto meio necessário para concretizar o direito à saúde da população, mediante as ações do Estado, da intervenção dos/as trabalhadores/as da área, dos/as técnicos/as e gestores/as.

O atendimento integral atravessa o processo de saúde-doença e guia a oferta dos serviços de atenção à saúde no Brasil. Considerando o enfoque de gênero e o atendimento de saúde destinado às mulheres, em 2004, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”. A política emerge com o intuito de aprimorar o PAISM e avança ao procurar atender diferentes grupos de mulheres, entre elas: mulheres negras, trabalhadoras rurais, mulheres lésbicas, mulheres indígenas e mulheres encarceradas a partir da perspectiva da integralidade. Conforme a mesma:

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. – A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde. – As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização (BRASIL, 2004, p. 64).

Diante disso, por intermédio do SUS as ações de atenção integral à saúde da mulher serão desempenhadas. Deste modo, deve o SUS estar orientado e capacitado para ofertar, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Com isso, além de contemplar a integralidade como fundamento das ações destinadas a promover o atendimento de saúde às mulheres, a Política Nacional contempla o enfoque de gênero no atendimento destinado às mesmas. Para tanto, parte do pressuposto de que

o gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989).

Ao expressar a compreensão de gênero enquanto um constructo social, reconhece que tal construção se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças acerca da feminilidade e masculinidade, que estão permeadas por relações desiguais de gênero. Além disso, tais desigualdades tendem a aprofundar outras desigualdades sociais, vinculadas à discriminação de classe, raça, idade, orientação sexual, deficiência, língua, religião, dentre outras.

Conforme a Política Nacional (BRASIL, 2004), devido a organização social na qual estão inseridos, homens e mulheres estão expostos a padrões distintos de adoecimento, sofrimento e morte. Neste sentido, a fim de promover melhores condições de vida, igualdade e o acesso ao direito à saúde da mulher, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero no planejamento de ações de saúde. Em relação a isso, a Política propõe que:

a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004, p. 63).

Portanto, a fim de romper as proposições de cunho biologista que historicamente nortearam as ações de saúde dirigidas às mulheres, e buscando promover ações com o enfoque de gênero, raça e etnia, a proposta da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) contemplará a população feminina em todos os ciclos de vida, faixas etárias e as pertencentes a diferentes grupos populacionais. Atingindo, deste modo, mulheres negras, indígenas, encarceradas, em situação de risco, com deficiência, dentre outras.

A Política ora proposta tem a humanização e a qualidade da atenção em saúde enquanto um de seus princípios. Ambos se caracterizam enquanto condição essencial para que problemas sejam identificados e resolvidos, a fim de satisfazer as necessidades das usuárias. Visando fortalecê-las frente a identificação e o reconhecimento de suas demandas, de seus direitos e da promoção do autocuidado.

No que tange a qualidade, esta deve englobar um conjunto de aspectos sociais, biológicos, sexuais, ambientais e culturais. O que significa superar o enfoque biologicista e medicamentoso hegemônico nos serviços de saúde. Referir-se à humanização, implica no estabelecimento de relações entre sujeitos pensando em aspectos específicos, com destaque para as condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

Sendo assim, as principais questões relativas à atenção integral à saúde para a mulher, passam a ser pensadas a partir de especificidades. Contemplando as necessidades em saúde de mulheres negras, indígenas, encarceradas, as que vivem em meio rural, entre outras. No entanto, a Política ainda apresenta limitações, pois não traz abordagens referentes à saúde de travestis e de mulheres transexuais, por exemplo. Apenas no ano de 2013, ou seja, nove anos após a instituição da PNAIM, que será possível avançar no atendimento integral à saúde deste segmento, mediante Instituição, no âmbito do SUS, da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) a qual demarca que

a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2013, p. 16).

Neste sentido, a Política Nacional propõe-se a promover ações de saúde integral dirigida às mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis, com a finalidade de eliminar a discriminação e o preconceito institucional, assim como contribuir para a minimização das desigualdades, consolidando o SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013).

A Política Nacional considera ainda que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde. Além disso, observa que as formas de

discriminação direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) causam sofrimento que podem levar ao adoecimento, deste modo, devem ser consideradas enquanto determinante social da saúde (BRASIL, 2013).

Entre as finalidades da política, está a intuição de mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com atenção especial às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, dando visibilidade também às especificidades de raça, etnia, territorial, dentre outras. Além disso, visa ampliar o acesso deste segmento populacional aos serviços de saúde do SUS. Tais serviços devem ser ofertados garantindo a estas pessoas o respeito e a qualidade na prestação e resolução de suas demandas e necessidades. A Política atenta-se ainda, às questões relativas à redução da mortalidade de travestis, bem como a promoção de práticas educativas nos serviços de saúde, com ênfase na promoção da saúde mental (BRASIL, 2013).

No que concerne à saúde mental, tanto a Política de 2004, quanto a Política de 2013 darão atenção para tal questão. A partir de 2004, a PNAISM expressa que é necessário trabalhar a saúde mental das mulheres com enfoque no gênero, pois elas sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, devido às condições culturais, sociais e econômicas em que vivem. Condições que são arraigadas pelas desigualdades de gênero que permeiam a sociedade brasileira e atribuem à mulher uma condição de inferioridade e subalternidade em relação aos homens. Além disso, conforme expresso pelas autoras Daniele de Andrade Ferrazza e Mariana Frediani Sant'Ana (2022, p. 133),

no caso da mulher, a desigualdade de gênero, o trabalho informal ou pouco valorizado, as cobranças no campo privado familiar como mãe e esposa, além da violência doméstica, podem ser compreendidos como elementos significativos para a produção de existências-sofrimentos.

Neste sentido, pensar sobre a saúde mental das mulheres, significa pensar também nas relações de gênero que permeiam suas vivências. Reconhecendo as especificidades de sua vida cotidiana, a estrutura social que estão inseridas, a sobrecarga e o ônus das responsabilidades que lhes são atribuídas. Se faz necessário compreender que o sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as

mulheres, associa-se com inúmeros determinantes sociais de saúde, com destaque para o gênero.

Levando isto em consideração, a fim de promover um atendimento mais justo, humanizado e comprometido com a saúde da mulher, se faz necessário incorporar ao modelo vigente de atenção à saúde mental as questões relativas ao gênero nos serviços de saúde, como também cursos de formação profissional que atendem a este grupo populacional. De acordo com a PNAISM (2004), a inserção destes estudos na formação profissional em saúde pode impactar positivamente na realidade das mulheres que necessitam de atenção à saúde mental. Segundo a Política Nacional,

para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde (PNAISM, 2004, p. 46).

Diante do exposto, dar visibilidade aos Estudos de Gênero nas práticas profissionais, bem como na formação profissional em saúde, contemplando a formação inicial dos cursos de graduação, como também a formação permanente e continuada, significa levar em conta as necessidades e demandas das mulheres a partir das singularidades vivenciadas pelo gênero feminino, que tem repercussões em sua saúde e saúde mental.

Diante disso, a presente pesquisa buscou tecer discussões alinhadas aos Estudos de Gênero e a formação profissional em saúde, considerando as singularidades do gênero feminino no tratamento de saúde mental para a dependência química. Tal doença tem acometido cotidianamente mulheres de diferentes classes sociais, raças, etnias e orientação sexual. Cotidianamente as mesmas enfrentam os desafios e as limitações da patologia, assim como as desigualdades e opressões dirigidas a elas, enquanto mulheres, e também enquanto dependentes de substâncias psicoativas. Com isso, ao buscarem os serviços de saúde, estas mulheres levam consigo todas estas particularidades. Contudo, por vezes se deparam com um contingente de profissionais que, devido à falta dos Estudos de Gênero na formação

profissional, não observam esta categoria enquanto um determinante e condicionante da saúde.

Entre os serviços de saúde mental que atendem mulheres nesta condição, estão os CAPS AD e os CAPS AD III, serviços que são destinados a atender pessoas acometidas pela dependência química. O mesmo conta com profissionais da área da saúde preocupados em responder as demandas e necessidades das mulheres em tratamento, o que inclui a necessidade de observância das questões de gênero que perpassam pelo serviço, bem como de uma formação profissional comprometida com tal questão. Diante disso, para tecer discussões sobre o enfoque de gênero na formação de profissionais que atuam junto a mulheres dependentes de substâncias psicoativas nos serviços de saúde mental, se faz necessário explicitar previamente o processo de implementação dos CAPS AD e CAPS AD III enquanto resposta do Estado para o fenômeno da dependência química, bem como o atendimento dispensado às usuárias do serviço, conforme apresentado na próxima seção.

## **4 SAÚDE MENTAL E GÊNERO: O TRATAMENTO OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS**

Cotidianamente as mulheres vêm sendo atingidas por sofrimentos causados por transtornos de humor, ansiedade, depressão, como também os transtornos mentais e/ou comportamentais ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas, que podem levar à dependência química. Caracterizada enquanto uma doença tratável, a dependência de substâncias psicoativas acomete mulheres de diferentes classes, localidades, sexualidade, etnia, raça e gênero. Deste modo, com o fim de promover ações que deem respostas às necessidades e demandas das mulheres acometidas por esta patologia, a Rede de Atenção Psicossocial, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, oferece às mulheres o tratamento de saúde mediante serviços de saúde mental, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD e CAPS AD III 24h).

Neste sentido, esta seção tem como objetivo apresentar o enfoque de gênero no que concerne o tratamento de saúde mental destinado às mulheres dependentes químicas. Para tanto, faz-se necessário apresentar a compreensão sobre o tema dependência e drogas, além de reflexões sobre o enfoque de gênero no tratamento para dependência química, bem como o contexto de emergência da Política de Saúde Mental no Brasil, enquanto resposta do Estado para o enfrentamento à dependência química no país, com destaque para o surgimento e organização dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III), lócus desta pesquisa.

### **4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O ENFRENTAMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Historicamente, o uso de substância psicoativa esteve presente em praticamente todas as sociedades humanas. Espalhados pelo planeta existem inúmeros compostos orgânicos capazes de alterar o funcionamento natural do corpo, os quais são eficazes na redução de dores, aflições, potencializando a energia e a percepção daqueles que fazem uso de tais compostos. Tal capacidade torna essas substâncias alvos privilegiados de controle político, social, cultural e religioso em todos os agrupamentos humanos. Seu consumo pode ocorrer com distintos fins e em

diferentes contextos culturais, seja como remédio, veneno, de forma divina ou demonizada (Carlos Eduardo TORCATO, 2016).

Thalyta Santos (2017, p. 26), apresenta a definição de droga, a partir da proposta da Organização Mundial de Saúde como: “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento”. Tais substâncias são denominadas também como Substâncias Psicoativas (SPA), ou então drogas psicotrópicas, pois produzem efeitos farmacológicos sobre o organismo humano que são capazes de alterar a consciência.

O termo droga, cujo significado é seco, é uma expressão proveniente do holandês medieval *droog*, o qual emergiu durante as grandes navegações, por volta dos séculos XV e XVI e referia-se, segundo Sérgio Alarcon (2012a), às “folhas secas” ou produtos secos destinados à alimentação e à Medicina, entre as quais: a canela, a noz moscada, a pimenta, a baunilha, o açafrão, o ópio, entre outras.

Há uma multiplicidade de sentidos que nos permite identificar o significado do termo droga. Visto a polissemia que carrega tal termo, o mesmo foi utilizado para definir substâncias indigestas ou aquilo tudo que pode ser ingerido, a exemplo do chocolate, do açúcar ou do mate. Com o passar do tempo, seu significado foi associado a todas as substâncias com ação farmacológica capazes de modificar as funções de um organismo, alterando o Sistema Nervoso Central (SNC) (ALARCON. 2012a).

Conforme aponta Jussara Ferreira de Sousa (2011), a droga se caracteriza enquanto toda substância natural, sintética ou semissintética, que quando usada de forma abusiva é capaz de modificar o comportamento emocional dos indivíduos que estão à procura de uma ação eufórica, buscando a diminuição dos sofrimentos, bem como efeitos físicos relacionados à excitação, ao prazer e ao alívio de dores. Tais substâncias também podem ser consideradas lícitas e/ou ilícitas, fato associado às particularidades de cada país, estado ou região, que mediante as legislações vigentes permitirá ou proibirá o uso de drogas.

Cotidianamente o uso de substâncias psicoativas realiza-se entre os seres humanos e pode possuir uma finalidade terapêutica ou não. Conforme Sousa (2011), a utilização para fins não terapêuticos ampliou-se com os avanços da Medicina e da indústria química de produção de medicamentos psicotrópicos, fato que ocorreu no fim do século XIX e de modo mais aprofundado durante os séculos XX e XXI.

[...] o final do século XIX demarca a expansão da indústria farmacêutica e a estruturação do saber médico como central, aspectos que resultaram na popularização do consumo de drogas com finalidades terapêuticas e recreativas. Mas é durante o século XX que o consumo e a disseminação das drogas tomaram uma proporção mundial, gerando preocupação de organismos internacionais, Estados e a sociedade, principalmente no tocante aos danos ocasionados por abuso de Substâncias psicoativas, e, sobretudo, quando se trata da violência gerada pelo tráfico de drogas ilícitas (SANTOS, 2017, p. 22).

As drogas podem ser divididas em três grupos distintos, levando em conta seus efeitos farmacológicos. O primeiro grupo reúne as drogas depressoras da atividade cerebral, aqui estão incluídos os soníferos, o álcool, hipnóticos e os narcóticos que aliviam a dor e dão sonolência, como a morfina e derivados. Também fazem parte deste grupo a diacetilmorfina (heroína), os inalantes e solventes, como por exemplo a cola. No segundo grupo estão as drogas que atuam no aumento da atividade cerebral, consideradas estimulantes, e incluem a cocaína, *crack*, as anfetaminas e o tabaco. No terceiro grupo estão as drogas que alteram a qualidade do funcionamento cerebral. Estas são conhecidas, também, como drogas alucinógenas, entre as quais estão a maconha ou THC (tetrahydrocannabinol), a psilocibina (cogumelos), o lírio, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), o *ecstasy* entre outras (ALARCON, 2012a).

Há drogas em que o uso, abuso ou a dependência química são mais frequentes, as principais substâncias que compõem este quadro são: o álcool, o tabaco, as anfetaminas, a maconha, a cocaína, o *crack*, os inalantes e os opioides. Cada uma das substâncias aqui citadas possui história, efeitos e modo de usar que se diferenciam e podem causar dependência.

No mundo todo, cerca de 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos associados ao uso de drogas. Dado este revelado por meio do “Relatório Mundial sobre Drogas”, publicado pelo Comitê do Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR), no ano de 2020. Conforme o relatório, no ano de 2018, cerca de 269 milhões de pessoas no mundo todo fizeram uso de drogas. O que representou um aumento de 30% quando comparado ao ano de 2009.

Conforme expresso por Alarcon (2012b), existem “tipos” de usuários/as de drogas. Esta classificação ocorre a partir da forma como este/a incorpora o uso de drogas em seu cotidiano. A classificação e/ou divisão entre os/as usuários/as ocorre da seguinte forma: aquele/a que consome drogas de forma esporádica, com nenhum

ou pouco impacto para a saúde, é denominado/a como “experimentador/a”. Existe também o/a usuário/a social ou recreativo/a, este/a faz o uso de drogas de forma repetitiva, porém, sem alteração orgânica, psicológica ou social. Um terceiro tipo de usuário/a é o/a “abusador/a” ou aquele/a que faz uso nocivo de SPA, para este o uso é mais frequente se comparado aos demais, e ele apresenta intoxicações e diversos prejuízos físicos, psicológicos e sociais. Por fim, classifica-se o/a dependente químico/a, que é diagnosticado/a pela autoadministração repetida de drogas, o que em geral leva à tolerância, abstinência e a um padrão de uso compulsivo. A dependência química pode ser caracterizada pela

[...] presença de um conjunto de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância apesar dos significativos prejuízos a ela atribuídos (DSM-IV, 1995). Assim, pode-se estabelecer um padrão de uso característico da dependência, que inclui: o uso da substância em dose e/ou tempo acima do pretendido inicialmente; o fracasso em diversas tentativas de controlar ou reduzir o uso da substância; o tempo excessivo gasto para a recuperação dos efeitos ou para a aquisição da droga; uma importante disfunção social, com redução drástica de atividades recreativas e ocupacionais; a manutenção peremptória do uso da substância mesmo diante do reconhecimento das perdas sociais, econômicas e afetivas (ALARCON, 2012b, p.136).

As características ora apresentadas permitem que seja definido um diagnóstico clínico para a dependência química, a qual decorre da utilização de uma ou mais substâncias psicoativas de forma problemática ou compulsiva. Além disso, é possível compreender que nem todo/a o/a usuário/a de drogas é caracterizado/a como alguém que faz o uso abusivo de SPA ou como dependente químico/a (ALARCON, 2012b).

O diagnóstico de tal patologia pode ser realizado tendo como base a presença de sintomas específicos nos últimos 12 meses, que incluem: uso contínuo da substância apesar de reconhecer os problemas físicos ou psicológicos causados pela droga; tempo elevado para obter, usar e se recuperar dos efeitos da droga; o esforço, sem êxito, de reduzir ou parar com o uso; a tolerância<sup>18</sup>; a abstinência<sup>19</sup>; o consumo

---

<sup>18</sup> As pessoas habituadas a ingerirem elevadas quantias de determinados tipos de substância psicoativa, adquirem a capacidade de metabolização mais rápida da droga. Assim, os efeitos da intoxicação demoram um tempo maior para aparecer, fazendo com que o/a usuário/a vá aumentando a quantia ingerida para produzir o efeito desejado. Este fenômeno denomina-se de tolerância (ALARCON, 2012b, p. 135).

<sup>19</sup> Por abstinência, entende-se uma alteração comportamental mal-adaptativa, com elementos cognitivos e fisiológicos que ocorrem quando, transcorrido certo tempo após o uso pesado da droga, a

da droga em grande quantidade ou por período mais longo do que o pretendido; o abandono ou a redução de atividades sociais e ocupacionais em virtude do uso da substância, é o que revela a Fundação Oswaldo Cruz, ao elaborar o “III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira” (2017).

Para Alarcon (2012b), a evolução em direção ao comportamento compulsivo em busca da utilização de drogas é provocada pela incapacidade de autocontrole do indivíduo dependente químico. Além disso, o uso de drogas pode tornar-se um hábito prazeroso difícil de ser abandonado, com efeitos da satisfação e de prazer, que embora não sejam únicos, podem justificar os comportamentos associados à dependência química.

Embora os motivos que os/as leva a tais condições sejam inúmeros e tendo em vista a complexidade de tal doença, é necessário que seu diagnóstico seja realizado por intermédio de uma equipe interdisciplinar, capaz de construir junto aos/às usuários/as e seus/suas familiares estratégias de transformação, as quais perpassam pela abstinência e a redução de danos.

Diante do exposto, é pertinente ponderar que o uso de drogas ocorre de forma problemática ou compulsiva quando ocasiona a dependência química de uma ou mais substâncias psicoativas. Tal quadro pode alterar alguns aspectos da vida dos indivíduos. Para Santos (2017), a classificação do uso social/recreativo, prejudicial/abusivo e a dependência varia de acordo com a finalidade e as formas de uso. Em geral, a expressão “uso abusivo” é empregada ao se referir ao tipo de consumo indevido de drogas, de forma que esse uso passa a interferir nas relações sociais, familiares, afetivas e profissionais.

O fenômeno da drogadição envolve, por conseguinte, inúmeros fatores, os quais se conectam ao processo de globalização e de urbanização que foram determinantes para a disseminação do uso de substâncias psicoativas. Além disso, na área da saúde esta é uma problemática que necessita de ações governamentais em nível local, regional e nacional. O uso e ou abuso e a dependência de drogas atingem cada dia mais crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos/as. Pessoas de diferentes gêneros e classes sociais, com destaque para as mulheres. Diante de tal fenômeno, o Estado brasileiro buscará resposta para o enfrentamento da

---

diminuição de sua concentração plasmática leva a sintomas desagradáveis variados, o que compele a pessoa a voltar a usar droga, seja para aliviar os sintomas desagradáveis, seja para evitar o retorno desses sintomas (ALARCON, 2012b, p. 135).

dependência química de SPA, por intermédio de serviços de saúde mental destinados a prestar atendimento ao público acometido por tal patologia. Em geral, as ações com esta finalidade são executadas em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a institucionalização do SUS foi essencial para a concretização de inúmeras ações na área da saúde mental. Tal conceito é complexo e está associado a diferentes compreensões e perspectivas, as quais foram formuladas e reformuladas ao longo da história da humanidade. Neste sentido, tendo em vista a complexidade expressa pela noção de saúde mental, em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, p. 4) definiu que

os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais.

A saúde mental, a saúde física e a saúde social estão interligadas, constituindo uma relação de interdependência. Tal relação é indispensável para a promoção do bem-estar individual. Contudo, lamentavelmente, a importância atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais nem sempre é a mesma dada à saúde física. Tão importante quanto a saúde física é a saúde mental, caracterizando-se como essencial para a promoção do bem-estar dos indivíduos, das sociedades e das nações. Do mesmo modo que ocorre com as doenças físicas, as doenças e transtornos mentais são resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, entre outros (OMS, 2001).

No Brasil, o SUS realizou avanços indiscutíveis no que diz respeito à política de Saúde Mental, os quais ocorreram mediante a implantação e concretização dos pressupostos suscitados pela Reforma Psiquiátrica (RP). Iniciada na década de 1970, mais especificamente entre os anos de 1978 e 1980, a Reforma Psiquiátrica esteve em consonância com as proposições do Movimento de Reforma Sanitária. Para Marco Aurélio Jorge, Pilar Belmonte e Sérgio Alarcon (2012), este movimento buscou reconstruir o modelo de assistência à saúde mental vigente no país até então, o qual teve como base o entendimento biomédico dos transtornos mentais. O processo da Reforma teve como objetivo principal a desinstitucionalização dos/as pacientes

psiquiátricos/as fazendo a crítica ao modelo manicomial e criando alternativas de tratamento, por intermédio de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial. Para Pitta (2011, p. 4588), quando falamos em desinstitucionalização,

[...] estamos falando em desinstitucionalização responsável, isto é, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e morte social para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social na comunidade.

Por meio da Reforma Psiquiátrica o tratamento dado às doenças mentais foi além do processo de diagnóstico e cura, comumente usados pela psiquiatria clássica<sup>20</sup> e buscando promover o cuidado da pessoa com transtornos mentais sem reduzir a complexidade humana aos sintomas de uma doença. Objetivou, à vista disso, atender as pessoas que necessitavam de tratamento, considerando a sua relação com o meio social, econômico e político (JORGE; BELMONTE; ALARCON, 2012).

Na luta pela Reforma Psiquiátrica diversos segmentos da sociedade civil se articularam, entre eles: os movimentos sociais de profissionais da saúde, movimentos dos/as trabalhadores, sindicatos, associações, entidades da sociedade civil, usuários/as e seus/suas familiares, militantes dos Direitos Humanos, instituições prestadoras de serviços públicos e privados, o que fez com que ao final dos anos 1970 o movimento ganhasse força e maior visibilidade (PITTA, 2011).

Pitta (2011) retrata as inúmeras críticas sofridas pelos serviços de saúde mental durante as décadas de 1970 e 1980, em plena Ditadura Militar. Segundo a autora, além das práticas de violência e maus-tratos direcionadas aos/às usuários/as, a saúde mental tornou-se um negócio extremamente lucrativo, o que denominou como a “indústria da loucura”.

Neste período foram construídos manicômios cada vez maiores com o intuito de obter lucros, os quais foram financiados com recursos públicos. O dinheiro público sustentou inúmeros serviços privados, o que impactou diretamente no número de internações. Entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto nas instituições conveniadas que recebiam recursos

---

<sup>20</sup> Instituída na segunda metade do século XIX, a psiquiatria seguirá um modelo centrado na medicina biológica que se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do organismo humano. Assumindo um caráter eminentemente positivista (AMARANTE, NUNES, 2008).

públicos, o número de internações saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. Número que se multiplicou anos depois, quando em 1982, 80% dos leitos hospitalares eram contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (PITTA, 2011).

Nesta mesma perspectiva, o “Relatório da Comissão de Saúde Mental”, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), divulgado em 1979, revelou que 96% de todos os recursos gastos na assistência psiquiátrica em 1977 eram destinados ao pagamento de diárias hospitalares dos mais de 80 mil leitos existentes no país neste ano. Além disso, apontou que houve um aumento de 344% de internações psiquiátricas entre 1973 e 1976 (AMARANTE; NUNES, 2018).

Frente às críticas dirigidas aos serviços de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi acumulando forças. Neste cenário, em 1987 foi organizada, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. O evento não foi organizado com a participação popular da sociedade civil, trabalhadores, usuários e seus familiares. Contudo, representou

[...] o início do desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de se lidar com a loucura e a prescrição da desinstitucionalização como estratégia de reversão da exclusão dos loucos da cena pública (PITTA, 2011, p. 4584).

No mesmo ano de ocorrência da I Conferência, surgiram duas experiências institucionais inovadoras voltadas para um novo tipo de atendimento em saúde mental. O primeiro deles ocorreu no município de Santos, no Estado de São Paulo, na Casa de Saúde Anchieta e funcionou como um amplo e radical projeto de desinstitucionalização. O segundo deles foi a criação, na cidade de São Paulo, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o qual recebeu o nome de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

O CAPS Luiz Cerqueira nasce em 1987 e é identificado como “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu

trabalho, da sua renda... no território. Pacientes psiquiátricos graves exigem “condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos” tradicionais (PITTA, 2011, p. 4584).

Dois anos mais tarde da ocorrência da I Conferência Nacional e da instituição do primeiro CAPS, em 1989 o deputado Paulo Delgado, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT-MG), apresentou o projeto de Lei nº 3.657/89, que ficou conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Pitta (2011), o projeto foi estruturado com três artigos principais: o primeiro coibia a contratação ou a construção, pelo poder público, de novos hospitais psiquiátricos; o segundo artigo previu a criação de instituições não-manicomiais financiadas com recursos públicos; por fim, o terceiro artigo apontou para a obrigatoriedade de comunicação à autoridade judiciária dos casos de internação compulsória. O projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados, mas completou dez anos de postergações no Senado, lá foi aprovado em 1999, quando voltou à Câmara e obteve, somente em abril de 2001, sua aprovação final e homologação pelo Presidente da República, naquele período Fernando Henrique Cardoso, que transformou o projeto na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a qual será tratada mais adiante.

Durante o período de tramitação do Projeto proposto por Paulo Delgado, ocorreram dois eventos importantes para o processo de construção e consolidação das proposições da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O primeiro deles se deu por intermédio da promulgação da Constituição Federal da República de 1988 (BRASIL, 1988), tal instrumento legal garantiu o acesso a inúmeros direitos sociais, a exemplo do direito à saúde e saúde mental. O texto constitucional contemplou em seus textos a igualdade entre todas as pessoas, sem qualquer tipo de distinção. Prevendo em seu artigo 5º que todas as pessoas “são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 1988, s/p).

O segundo evento foi a realização da II Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo então Presidente Fernando Collor de Mello (1990 - 1992), realizada em Brasília, em dezembro de 1992. De acordo com Pitta (2011), o evento representou um marco histórico para a reforma psiquiátrica brasileira e contou com intensa participação de diversos segmentos populares. O relatório final da Conferência foi

adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, e propôs, entre outras coisas, que

[...] a rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. (BRASIL, 1994, p. 7).

Além das recomendações gerais sobre o modelo de atenção à saúde mental do país, a II Conferência sugeriu a substituição do modelo existente por instituições não hospitalares. Propôs a promoção do atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social e abarcou “[...] o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não os abandonar à própria sorte” (BRASIL, 1994, p. 12).

Anos depois, foi instituída no ano de 2001, a Lei nº 10.216, a qual materializou os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e as proposições contidas no Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. A mesma “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, s/p). A Lei indica ainda a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental dando prioridade ao tratamento desempenhado em serviços comunitários, desenvolvidos em ambientes extra-hospitalares. Diante disso, a internação hospitalar só será indicada quando esgotados todos os outros recursos (BRASIL, 2001).

A legislação ora apresentada estabeleceu que os direitos da pessoa com transtorno mental, serão assegurados

[...] sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (BRASIL, 2001, s/p).

A Lei reconhece ainda que toda pessoa que necessitar de atendimento deverá “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua

saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, s/p).

Após sancionada a Lei 10.216, ainda em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental do país. O evento ocorreu em Brasília e contou com grande participação popular. O Relatório Final do evento apresentou, mais uma vez, a necessidade de superação do modelo asilar, exigindo a extinção progressiva de todos os leitos em hospitais psiquiátricos do Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios” (CNS, 2002). Conforme o Relatório,

a efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal n.º 10.216/01 e Portaria/GM n.º 799/00 (CNS, 2002, p. 36).

Priorizando o setor público no desenvolvimento de ações e serviços voltados à assistência à saúde mental, a III Conferência cunhou alternativas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, a partir da implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, esta rede deve fortalecer a desinstitucionalização ao oferecer atendimento integral ao/à usuário/a de saúde mental e a seus/suas familiares, em todas as suas necessidades, nas 24 horas, durante os 7 dias da semana (CNS, 2002).

Tendo como base o respeito aos direitos humanos e os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A Conferência atentou-se também para as ações voltadas aos/às usuários/as de álcool e outras drogas e expressou a necessidade de definir políticas públicas de atenção a este público no âmbito do SUS, políticas que não reduzam esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Deste modo, qualifica como essencial a criação de uma rede de serviços de atenção aos/às usuários/as de álcool e outras drogas, que esteja integrada ao SUS e que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (CNS, 2002).

Além disso, a Conferência buscou pensar em estratégias para a garantia do acesso universal em saúde mental, atentou-se também para o enfrentamento das desigualdades relacionadas ao gênero, à raça/etnia, à orientação sexual e à

identidade de gênero. Primando pelo combate ao estigma e o respeito à diferença e à diversidade. Para tanto, propôs que fossem implementadas estratégias de atenção, sob o enfoque de gênero e raça, com a finalidade, entre outras coisas, de qualificar a atenção à saúde mental da mulher com sofrimento psíquico (CNS, 2010).

Em consonância a isto, com base na Lei nº 10.216/2001, em 2010, durante a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual ocorreu em Brasília-DF, as questões de gênero começaram a ser pensadas como demanda a ser contemplada pelos serviços de saúde mental, o que inclui os serviços que prestam atendimento às mulheres dependentes químicas. Nesta perspectiva, seria essencial,

[...] assegurar meios para a implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade, para que se incorporem como referências na rede de atenção à saúde mental, relacionados às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade (CNS, 2010, p. 99).

As Conferências se consolidam enquanto espaços de participação popular, são nestes locais que as demandas populacionais podem aparecer com mais ênfase. No caso da IV e última Conferência Nacional de Saúde Mental, foram apresentados temas relevantes a respeito das iniquidades de gênero. No entanto, desde o ano de ocorrência do evento, poucas políticas públicas foram implementadas com a finalidade de dar atenção ao tema. Fato que faz com que a Rede de Atenção Psicossocial careça destas discussões.

Contudo, questões relativas a esta temática são essenciais para a construção de uma política de saúde mental que promova o atendimento integral aos/as usuários/as dos serviços de saúde. Visto que, enquanto Determinante Social da Saúde, o enfoque no gênero apresenta-se como elemento essencial para a realização adequada do tratamento de saúde mental, com destaque para o atendimento de pessoas acometidas pela dependência química, em especial as mulheres, visto que são elas que sofrem, em maior proporção, com as relações desiguais de gênero.

Diante de tal patologia, o Estado, por meio de políticas, programas e serviços, buscará implementar ações direcionadas ao enfrentamento da dependência de drogas. Configurando-se como alternativa, o tratamento de saúde ofertado nos serviços de atendimento à saúde mental, com destaque para os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), os quais apresentam-se como dispositivos indispensáveis na organização do cuidado, garantia e acesso a atenção integral à saúde mental de mulheres dependentes químicas.

#### 4.2 O TRATAMENTO DISPENSADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD E CAPS AD III)

A dependência de substâncias psicoativas caracteriza-se enquanto uma demanda social, a qual deve ser respondida pelo Estado por intermédio de políticas públicas que priorizem a saúde e o bem-estar dos/as usuários/as. As respostas do Estado devem ainda considerar a singularidade de tal problemática, pois acomete pessoas de todas as classes sociais, de todas as idades, raças, etnias e de diferentes gêneros.

Tratando-se do gênero feminino, o número de mulheres usuárias dependentes de substâncias psicoativas vem crescendo de forma acelerada no Brasil. Tal aumento pode estar associado à mudança nos papéis de gênero desempenhados pelas mulheres. Conforme o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2001, foi possível constatar que a prevalência do consumo de álcool entre os homens era de 17,1%, enquanto entre as mulheres era de 5,7%. O levantamento também apontou para a prevalência do consumo de drogas entre mulheres de 15 a 35 anos, cerca de 50% do consumo total ocorre nesta faixa etária. Para Sousa (2011, p. 32), “este aumento pode estar associado à nova participação social feminina, em espaços que até então eram limitados aos homens, como, por exemplo, o beber em público, buscando condições de igualdade ao homem.”

Historicamente as mulheres ocuparam lugares vinculados ao cuidado com a família e o lar. No entanto, com as transformações societárias que ocorreram a partir do século XX, os espaços ocupados pelas mulheres foram se ampliando cada vez mais. Fato que ocorreu por intermédio dos processos de luta das mulheres, desencadeados pelo movimento feminista, conforme já foi referido aqui.

Segundo Souza (2011), devido à pouca prevalência do uso de drogas por este segmento, eram poucos os estudos acerca de tal temática. A complexidade do universo feminino carece de pesquisas e medidas que visem promover sua qualidade

de vida e a garantia de seus direitos. No que tange os estudos e as pesquisas concernentes à dependência química feminina, estes iniciaram no fim do século XX, com a finalidade de analisar os fatores que favorecem o uso de drogas por este grupo. No entanto, apenas a partir da década de 1990 buscou-se por modelos de tratamento e de abordagens que atendessem às necessidades das mulheres dependentes de drogas nas suas especificidades.

Em vista disso, conforme já mencionado, para dar respostas à saúde da mulher, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, a qual inclui as mulheres com transtornos mentais. Tal política agrega o enfoque de gênero à saúde da mulher, questionando e abandonando concepções que englobavam apenas os aspectos biológicos do corpo feminino. Deste modo, ainda que incipiente, esta política representa um avanço da luta feminista, visto que inclui a compreensão de que a saúde das mulheres está diretamente relacionada com os papéis destinados a elas nesta sociedade (SILVA, 2014).

Isto posto, para se consolidar a construção do cuidado integral à saúde das mulheres com o enfoque no gênero, se faz necessário estabelecer uma interlocução transversal entre as diversas áreas de cuidado, isto inclui a atenção psicossocial<sup>21</sup> para as mulheres usuárias ou dependentes de álcool e outras drogas. Transversalizar diz respeito a colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano, diminuindo as fronteiras que permeiam a rede assistencial e dificultam a integralidade das ações. Em vista disso, o início dos anos 2000 apresentou progressos nesta área, no entanto, o cuidado ofertado pelos serviços de saúde ainda é fragmentado, o que limita as ações vinculadas à transversalidade (SILVA, 2014).

Verifica-se que persistem os desafios para a consolidação da prática integral de cuidado à saúde das mulheres. Isto ocorre por motivos que vão desde a carência de políticas públicas destinadas a responder tais demandas, até a dificuldade na comunicação entre os diversos serviços de saúde que atendem mulheres com sofrimento psíquico e transtornos mentais decorrentes da dependência química.

Segundo Mariane Ciccilini (2015), na contemporaneidade os serviços de saúde mental devem, ao realizar o atendimento para usuárias e usuários, o que inclui as

---

<sup>21</sup> O termo atenção psicossocial passou a ser utilizado no Brasil a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992. Esta conferência teve como marco conceitual o cuidado integral e a cidadania, e apresentou a compreensão de que a condição de saúde e doença mental resulta de uma associação complexa e indissociável de condicionamentos biológicos, psicológicos e sociais (SILVA, 2014, p. 32).

peças em tratamento para a dependência química, priorizar os princípios do SUS, fundados em uma prática universal, integral, humanizada e resolutive, pautando-se no acolhimento dos/as mesmos/as. Tais práticas devem ser aplicadas pelos serviços e profissionais que prestam atendimento à Rede de Atenção Psicossocial.

Conforme salienta Silva (2014), é necessário que as ações da rede de atenção psicossocial sejam operacionalizadas de forma integrada, a fim de atender as pessoas com transtornos mentais e/ou dependentes químicas. Tais práticas devem estimular a autonomia e o empoderamento dos indivíduos para o exercício da cidadania, a fim de auxiliá-los na construção de uma vida mais saudável ou com menos sofrimento.

Historicamente a dependência química está associada ao uso abusivo de drogas e foi tratada pelo Estado mediante um viés proibicionista e repressor, privilegiando a segurança pública, bem como as questões relacionadas à moralidade<sup>22</sup>. As políticas públicas destinadas a atender a saúde de pessoas dependentes de substâncias psicoativas são mais recentes, no Brasil as intervenções sanitárias estatais destinadas ao atendimento dos/as dependentes químicos/as datam da segunda metade do século XX (SANTOS, 2017). No país, o processo de construção desta política não ocorreu e não ocorre de modo linear e simétrico, a mesma vem sendo construída e permeada por muitas lutas, resistências e enfrentamentos. A Reforma Psiquiátrica, enquanto objeto destas lutas e movimento estruturante desta política, buscou responder de modo não-asilar as necessidades das pessoas que possuem transtornos mentais e/ou fazem o uso de substâncias psicoativas. Para tanto, foram criados serviços residenciais terapêuticos, serviços ambulatoriais de referência e diferentes modalidades de CAPS (PITTA, 2011).

Conforme exposto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergiram na década de 1980, mas foram redefinidos pela Portaria/GM nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002b), a qual reorientou os CAPS em relação à sua organização, ao porte e à especificidade dos/as usuários/as atendidos/as. Após a sua instituição passaram a existir cinco diferentes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad destinado a atender usuários/as de álcool e

---

<sup>22</sup> A palavra “moral” vem do latim *mos* ou *moris* e significa costumes. Para Leonardo Prota, Antonio Paim e Ricardo Rodriguez (2014, p. 59), “a moral corresponde ao conjunto das regras de conduta admitidas em determinadas épocas, podendo ser, de igual modo, consideradas como absolutamente válidas”. Para os autores a moral é subjetiva. “Quando um princípio moral é adotado pela comunidade e torna-se lei, transita-se para a esfera do direito” (2014, p. 60). Além disso, possui em seu núcleo um ideal de pessoa humana.

outras Drogas (BRASIL, 2002). De acordo com a Portaria “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002b, s/p). Deste modo, as diferentes modalidades de CAPS poderão ser definidas por ordem crescente de porte e abrangência populacional, os quais poderão funcionar em estrutura física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Nesta perspectiva, o CAPS I possuirá a capacidade de atender municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Seu funcionamento ocorrerá no período de 08 às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana. Neste espaço o/a paciente receberá: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas executadas pelos/as profissionais; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias que busquem sua integração na comunidade e sua inserção familiar e social. Este tipo de atendimento também será prestado pelos CAPS II, neste caso o que muda é a capacidade operacional para atendimento populacional, que é de 70.000 e 200.000 habitantes, neste espaço o atendimento ocorrerá das 08 horas às 18 horas, mas havendo a necessidade pode comportar um terceiro turno de funcionamento, até às 21h.

Tratando-se do CAPS III, este atenderá municípios com população acima de 200.000 habitantes. O serviço se constituirá como ambulatorial, com atendimento contínuo durante 24 horas, nos feriados e finais de semana. Além da assistência prestada aos/às pacientes dos CAPS I e II, neste espaço os pacientes poderão permanecer em acolhimento noturno no período consecutivo de até 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias, intercalados durante 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002b).

Nos CAPS I, conforme apresentado pela Portaria, serão atendidos/as crianças e adolescentes, em municípios com população estimada de 200.000 habitantes ou de acordo com outro parâmetro populacional a ser definido pelo/a gestor/a local. Do mesmo modo que os demais CAPS, o serviço presta atendimento individual e em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. Além disso, oferta acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, para eventual repouso e/ou observação (BRASIL, 2002b).

Por fim, a Portaria/GM nº 336/2002 (BRASIL, 200b) explicita o modo de funcionamento dos CAPSad. Neste serviço serão atendidos/as pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, nos

municípios com população superior a 70.000 habitantes. Seu funcionamento ocorre das 8 horas às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno de funcionamento, até às 21 horas. O serviço presta atendimento individual, familiar, grupal, em oficinas, atendimentos domiciliares e visitas e também o atendimento de desintoxicação.

Visto isto, nota-se que a divisão do CAPS em modalidades de serviços contribuiu significativamente para o atendimento das particularidades dos casos das pessoas atendidas por eles/as. Neste sentido, embora o modo de estruturação das diversas modalidades seja convergente, são serviços que têm se preparado para atender as mais distintas demandas de saúde mental, materializando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, o que representa um avanço para a política de saúde mental e para o atendimento de dependentes químicos.

Nesta perspectiva, um ano após a instituição das várias modalidades de CAPS, em 2003, o Governo Federal criou a “Política Nacional à Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, a qual está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), e que entre outras coisas, orientou o atendimento realizado nos CAPSad (BRASIL, 2003).

Segundo a Política Nacional (BRASIL, 2003), um CAPSad possui o objetivo de oferecer atendimento à população, respeitando sua área de abrangência populacional, oferecendo atividades terapêuticas aos/as usuários/as dos serviços e desenvolvendo ações preventivas junto à comunidade. Deve ofertar cuidados personalizados dentro de uma perspectiva individualizada e contínua, condições de repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários/as que necessitem de tais cuidados. Também deve alinhar-se às ações de promoção da reinserção social, propondo ações para a diminuição do estigma e do preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho educativo.

Os cuidados ofertados por este serviço deverão contemplar uma lógica de redução de danos, que abarca um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de drogas, considerando as singularidades que se expressam na vivência humana, as quais levam a diferentes possibilidades no tratamento para dependência química. Para tanto, a abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2003). Levando em conta a diversidade expressa por cada indivíduo usuário e usuária dos serviços, as práticas “devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é

possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.” (BRASIL, 2003, p. 10). Nesta perspectiva,

[...] a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não é excluyente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10).

Em conformidade com a “Política Nacional à Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, embora a redução de danos não seja o único caminho a ser seguido, nos CAPS AD esta lógica deve ser adotada tanto nas práticas voltadas para a redução do risco de contrair infecções a exemplo do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e hepatites, quanto em relação ao próprio uso indevido de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Tratando-se ainda da construção da Política de Saúde Mental, essencialmente no que tange ao atendimento destinado aos/às dependentes químicos/as, em 2010, o então presidente da república, Luís Inácio Lula da Silva, convocou a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Conforme Amarante e Nunes (2018, p. 2069), apesar de ter sido a primeira conferência intersetorial, “a participação de outros setores ficou restrita a componentes do governo e não se expandiu aos movimentos sociais ligados ao trabalho, direitos humanos, cultura, educação, direito à terra e assim por diante”.

No que tange o tratamento dado à dependência química, as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência apontam para a necessidade de estabelecer a redução de danos como política pública de saúde, a qual deverá ser expandida em todo território nacional, no SUS, na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, “fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em contraponto ao modelo predominante focado

na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas” (CNS, 2010, p. 85).

Reforçando os dispositivos contidos na Política de 2003 (CNS, 2003) a Conferência propõe que os CAPSad estejam capacitados para operar a lógica de redução de danos e promover a inserção social de usuários e usuárias de álcool e outras drogas. As propostas apresentadas no relatório indicam também para a necessidade da ampliação, em todo o país, da rede de atenção para usuários/as de álcool e outras drogas por meio da criação de CAPSad III e CAPSad (destinado a atender crianças e adolescentes), atualizando assim a Portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2002b).

Frente a isto, ocorreu a ampliação das modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, um ano após a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2011, mediante a Portaria GM/MS nº 3.088. Foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas [...]” (BRASIL, 2011, n.p).

Entre as diretrizes que orientam o funcionamento da RAPS está: o respeito aos direitos humanos, o que garante a liberdade e autonomia das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde; o enfrentamento e combate a preconceitos; a garantia do acesso a serviços de qualidade, oferecendo assistência integral àqueles/as que necessitarem (BRASIL, 2011).

Além disso, a RAPS deu uma nova dimensão ao conjunto de ações em saúde mental do SUS, ao expandir a organização dos Centros de Atenção Psicossocial nas seguintes modalidades: CAPS AD e CAPS AD III. Conforme instituídos pela Rede de Atenção Psicossocial, o

**V - CAPS AD:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; e **V - CAPS AD III:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;

indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011, n.p, grifos nossos).

Antes da instituição da RAPS, os CAPS AD não previam o atendimento a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O serviço também não realizava atendimento nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, o que só ocorreu com a instituição do CAPS AD III, que será regulamentado mediante a Portaria nº 130 (BRASIL, 2012).

Esta Portaria “redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros” (BRASIL, 2012, n.p). Ao serviço caberá promover a atenção integral ao/à usuário/a, o que inclui trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e com uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de nível superior e médio. Além disso, os/as pacientes devem receber atendimento individualizado, atendimento psicoterápico, atendimento à família, medicação assistida e dispensada. Também recebem atendimento em grupos, participam de oficinas terapêuticas, recebem visitas e atendimentos domiciliares (BRASIL, 2012).

Ao serviço cabe também promover atividades de reabilitação psicossocial, tais como: “resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros” e “estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território [...]” (BRASIL, 2012, s/p).

Embora o CAPS AD III funcione de modo contínuo, os/as pacientes assistidos/as poderão ou não permanecer no serviço durante 24 horas contínuas. Isto dependerá do tratamento proposto pela equipe interdisciplinar para os/as pacientes. O acolhimento noturno fica limitado a 14 (quatorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. Caso seja necessária a permanência no acolhimento noturno por mais de 14 dias, o/a usuário/a será encaminhado/a para uma Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2012). Frente ao exposto é possível considerar que os CAPS (em suas distintas modalidades) e os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, representam a materialização da Reforma Psiquiátrica e a consolidação de uma Política de Saúde Mental comprometida com os direitos humanos e sociais, com a

qualidade e o acesso aos serviços públicos, com a democracia e a universalidade, enquanto princípio estruturante do Sistema Único de Saúde.

Contudo, embora esta política esteja permeada por conquistas e avanços, ainda há uma gama imensa de lutas a serem travadas para sua garantia e efetivação. Neste sentido, em conformidade com Amarantes e Nunes (2018), verifica-se que até 2015 inúmeros retrocessos reestruturaram a Política de Saúde Mental brasileira, quando o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de retrocessos, inclusive orçamentários. No que diz respeito a área da saúde mental, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CTI) aprovou a Resolução nº 32 que insere os hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017 Referências).

Para Amarantes e Nunes (2018), esta Resolução resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de tudo aquilo que foi construído ao longo de décadas por meio da instituição da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

No que se refere aos retrocessos sofridos pela Política de Saúde Mental destinada a atender usuários/as e dependentes de substâncias psicoativas, em 2019 o então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, sancionou por meio do Decreto nº 9.761 (BRASIL, 2019), a aprovação da Política Nacional Sobre Drogas. Esta revogou o Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, que instituiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Uma das principais mudanças apontadas pelo Decreto de 2019 refere-se ao restabelecimento da saúde por meio da abstinência dos/as usuários/as e dependentes químicos/as, não sendo mais tolerada a redução de danos. Conforme o decreto:

[...] as ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas se mantenham **abstinentes** em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019, n.p, grifo nosso).

Esta política, possui a finalidade de “buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (BRASIL, 2019, s/p). Para tanto, anseia em promover a abstinência de drogas, pois considera tal estratégia como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde relacionado ao uso e a dependência

destas substâncias (BRASIL, 2019). Contudo, nega o fato de que o uso de drogas faz parte da vivência de inúmeras sociedades e em diferentes períodos históricos. Além disso, a abstinência não se configura como melhor meio para recuperação da saúde.

Pouco tempo antes da aprovação desta política, o governo proibiu a divulgação do “3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira”, encomendado pelo Ministério da Justiça e elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Tal levantamento poderia contribuir, por meio de evidências científicas, para a elaboração desta política, no entanto o governo preferiu engavetá-la. A pesquisa custou R\$ 7 milhões para os cofres públicos e contou com a participação de 500 pesquisadores/as e 16.273 pessoas entrevistadas (OLIVEIRA, 2019).

Antes do engavetamento da pesquisa, o Instituto Casa da Democracia e o *Intercept* tiveram acesso à íntegra do documento e constataram que os resultados vão na contramão das medidas estabelecidas pela nova PNAD. De acordo com o levantamento não há uma epidemia de drogas ilícitas no Brasil. A ideia de que exista uma epidemia de *crack*, por exemplo, cai por terra quando se constata que durante a realização da pesquisa a substância foi consumida por 0,9% da população uma vez na vida; 0,3% no último ano; e 0,1% nos últimos 30 dias. Na contramão o uso de álcool, uma substância lícita que, de fato, caracteriza-se como o principal problema no que tange o uso e a dependência de drogas no Brasil (OLIVEIRA, 2019). Mesmo diante destes dados, o governo insistiu, por meio da aprovação da PNAD, em endurecer o tratamento dirigido aos/às dependentes químicos/as. Reforçando ainda mais o caráter repressivo, criminalizador, estigmatizante e os preconceitos dirigidos aos/às usuários/as e dependentes de substâncias psicoativas.

Diante do exposto, nota-se que a Política de Saúde tem sido construída e reconstruída permeada por intercorrências e ações políticas que podem deixá-la cada vez mais distante dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Tal Política tem realizado proposições para o enfrentamento do transtorno mental ocasionado pela dependência química. Contudo, observa-se que a criminalização, os estigmas e os preconceitos destinados aos/às dependentes químicos/as caminham na contramão de uma política comprometida com a liberdade, a equidade, bem como com efetiva garantia dos direitos sociais e humanos.

Neste contexto permeado por barreiras geográficas, culturais e econômicas é que estão inseridas as dependentes químicas. Além das limitações com relação ao acesso aos serviços, cotidianamente estas mulheres enfrentam riscos à saúde,

violações de direitos, preconceitos, violências, desigualdades sociais e de gênero.

Diante desta realidade, partindo da premissa de que o Estado tem o dever de garantir o acesso e a permanência nos serviços de saúde, bem como a qualidade dos mesmos, é necessário que este ultrapasse a lógica biomédica ou biológica, implementando políticas que tenham um olhar para as singularidades culturais, econômicas, e sociais, bem como para as questões relativas ao gênero feminino, objetivando, deste modo, atender integralmente as necessidades das mulheres dependentes de drogas, considerando suas singularidades e vivências.

A não incorporação das questões relativas ao gênero, nas políticas de atenção à saúde de usuários/as de álcool e outras drogas, expressam o atraso no âmbito da Política de Saúde Mental no que se refere a esta questão. A reformulação da Política de Saúde Mental na atenção às usuárias produz autonomia e protagonismo, além de fortalecer o exercício da cidadania e contribuir para a transformação e desconstrução de paradigmas relacionados às mulheres usuárias de drogas.

Neste sentido, frente aos desafios postos pela insuficiência de legislações pertinentes que acolha as demandas de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, a pesquisa busca analisar a contribuição dos Estudos de Gênero para a formação profissional na área da saúde, no que se refere ao atendimento destinado às mulheres dependentes que substâncias psicoativas atendidas pelos Centros de Atenção Psicossocial 24h (CAPS AD III). Os CAPS AD III compõem a Rede de Atenção Psicossocial, do SUS, e caracteriza-se enquanto um serviço aberto, constituído por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é atender as pessoas acometidas por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No serviço são atendidas mulheres dependentes químicas, as quais encontram inúmeros vetores para buscar o tratamento, bem como para manter-se em atendimento de saúde. Aqui destacam-se as questões relativas ao gênero feminino, o qual enfrenta iniquidades cotidianamente, que influenciam na busca e permanência destas mulheres no tratamento de saúde. Além disso, a falta de formação inicial e continuada entre os/as profissionais que atendem este público nos CAPS AD III, pode se caracterizar enquanto um fator dificultador para o recebimento de um atendimento integral à saúde, que considere o gênero enquanto determinante do processo saúde-doença. Questão esta levantada durante a realização da presente pesquisa, a qual será explicitada adiante, mediante os procedimentos metodológicos e a apresentação

dos dados coletados na pesquisa realizada com 11 profissionais que atuam nos CAPS AD III dos municípios de Cascavel e Toledo – PR.

## 5 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A metodologia constitui-se enquanto elemento fundamental para a realização da pesquisa científica. A partir da mesma é possível estabelecer, entre outras coisas, a articulação entre teoria e um conjunto de técnicas que possibilitam construir e conhecer a realidade apresentada. Deste modo, nesta seção, objetiva-se descrever o caminho metodológico percorrido para a realização da pesquisa: definindo o campo teórico em que ela se situa; a abordagem metodológica adotada, o seu lócus, a amostra e universo da investigação, os/as participantes, os procedimentos de coleta de dados, os métodos de tratamento e análise dos dados e por fim os aspectos éticos do estudo.

### 5.1 A PESQUISA

A pesquisa pode ser compreendida enquanto uma atividade científica básica na sua indagação e descoberta da realidade. Tal ação caracteriza-se enquanto uma prática inacabada e permanente, que necessita de aproximações sucessivas da realidade, realizando-se também por meio da articulação entre a teoria e os dados coletados. A pesquisa vincula pensamento e ação, teoria e prática, logo, não pode se caracterizar enquanto um problema intelectual, se não for, em primeiro lugar, um problema da vida prática. Neste sentido, é possível afirmar que as questões a serem investigadas estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente determinadas (MINAYO, 2001).

Conforme Eva Maria Lakatos e Marina Marconi (2003), a pesquisa torna-se um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Enquanto elemento fundamental para conhecer a realidade concreta, a pesquisa poderá subsidiar nas intervenções profissionais no contexto da realidade social.

A pesquisa ou investigação científica inicia-se com base fundamentada em uma teoria. Para Otávio Cruz Neto (2001), o embasamento teórico é necessário, pois permite que o/a pesquisador/a não se limite ao domínio técnico, podendo ir além do que está sendo apresentado de imediato por intermédio de um direcionamento teórico. Nesta mesma perspectiva, Minayo (2001, p. 18) explicita que

[...] a teoria é um conhecimento de que nos servimos no processo de investigação como um sistema organizado de proposições, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos, que veiculam seu sentido.

A teoria possui como finalidade compreender ou explicar um ou mais conjunto de fenômenos e processos que se constitui como domínio empírico da teoria. No entanto, nenhuma teoria é capaz de explicar todos os fenômenos, por mais bem elaborada que a mesma seja. Diante disso, cabe ao/à investigador/a estabelecer uma interconexão sistemática entre determinados aspectos significativos da realidade (MINAYO, 2001).

Diante disso, a investigação ora apresentada possui dois campos distintos de estudos, os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais. Ambos, vinculados à perspectiva teórica pós-estruturalista, têm fundamentado as pesquisas desenvolvidas no que concerne as investigações sobre gênero, dentre outras temáticas.

O pós-estruturalismo emergiu na década de 1960 nos Estados Unidos e pode ser caracterizado como “[...] um modo de pensamento, um estilo de filosofar e uma forma de escrita, embora o termo não deva ser utilizado para dar qualquer ideia de homogeneidade, singularidade ou unidade” (PETERS, 2000). Esta perspectiva desenvolve-se enquanto uma prática tradicionalmente estadunidense, caracterizando-se como a maneira encontrada pela comunidade acadêmica para descrever ideias que questionam os princípios do estruturalismo<sup>23</sup>, alicerçando-se em obras de um conjunto variado de teóricos, com destaque para Michel Foucault (PETERS, 2000).

Conforme expresso por Jessica Casali e Josiane Gonçalvez (2018), o pós-estruturalismo configura-se enquanto críticas ao estruturalismo, feitas a partir de seu interior. Tecendo reflexões acerca do estruturalismo, nota-se que há inconsistências que são ignoradas pelos/as próprios/as estruturalistas. Um aspecto que diferencia as

---

<sup>23</sup> O Estruturalismo é uma corrente filosófica que atraiu muita atenção anos atrás, mas depois foi alvo de diversas críticas. Ele não está tão em voga quanto antes, mas filósofos importantes ainda recorrem a ela, possivelmente com alguma reinterpretação, como instrumento de reflexão. O estruturalismo ganhou sua força principalmente nas possibilidades que oferecia para o estudo "científico" de diversos fenômenos que, antes dele, eram de difícil abordagem. Por exemplo, os fenômenos humanos não têm aquela regularidade exigida para o estudo "científico" como têm, por exemplo, os fenômenos físicos. O estruturalismo parecia estabelecer essa possibilidade: nele o sujeito (particular) pode ser expulso da "ciência" (uma ciência que trata de estruturas universais). Os elementos concretos não são importantes, mas sim o modelo abstrato da estrutura profunda revelada naquela "álgebra da linguagem" (PETERS, 2000, p. 7).

duas abordagens é o descentramento do sujeito, ou seja, rompe-se com os princípios estruturalistas de um ser humano essencialista e universal, o que permite que o sujeito seja compreendido a partir de inúmeras situações e em diferentes momentos da vida, os quais contribuem para a construção da identidade dos indivíduos (CASALI; GONÇALVEZ, 2018). Além disso, observa-se “[...] que, enquanto o estruturalismo se interessa por estruturas estáticas e homeostáticas, o pós-estruturalismo resiste e se volta contra verdades, oposições e realidades absolutas, imutáveis” (CASALI; GONÇALVEZ, 2018, p. 86).

No entanto, embora existam questionamentos entre ambos, é necessário ponderar que o movimento pós-estruturalista ao mesmo tempo que busca romper com o estruturalismo, ainda mantém com este algumas similaridades, e isto ocorre, pois o pós-estruturalismo emerge dentro do estruturalismo, logo, as semelhanças entre ambos não são acaso.

Cabe destacar outra questão relevante em relação aos estudos pós-estruturalistas, que se referem aos questionamentos sobre a maneira pela qual a sociedade encontra-se estruturada e como organiza as relações de dominação considerando as relações econômicas e a exploração de classe, mas transcende para pensar diferentes formas de dominação dirigidas à raça, etnia, gênero e sexualidade. Tais estudos questionam “[...] as ideias de centro e margens, de superioridade cultural, disciplinaridade e nação, o eurocentrismo e os registros orientais no ocidente, de forma associada às discussões sobre gênero, raça, classe, sexualidade e linguagem” (CASALI; GONÇALVEZ, 2018, p. 87).

Segundo Beck e Guizzo (2013), para a área da Educação, tal campo tem se mostrado muito produtivo, por ter se proposto a questionar ‘verdades’ apresentadas como únicas e universalizantes, abrindo espaço para incertezas, questionamentos e indagações, sem respostas absolutas e totalizantes. Nesse sentido, o presente estudo, apoiando-se nos Estudos de Gênero e nos Estudos Culturais, vinculados à vertente pós-estruturalista busca, com a perspectiva teórica adotada, ir na contramão de soluções universais às problemática e mazelas da Educação.

No que se refere aos Estudos Culturais, sua institucionalização ocorreu em meados dos anos 1960, mediante estudos que suscitaram mudanças significativas no que se concerne ao direcionamento e conceito de cultura. Fundamenta-se no marxismo até meados da década de 1980, mas isto não significa que as teorizações marxistas deixaram, em sua totalidade, de configurar a proposição teórica de algumas

investigações desses estudos. A partir de uma orientação marxista, prevaleceram as pesquisas que se centravam em analisar as subculturas, ou as culturas negadas, tecendo fortes críticas a tendências elitistas e hegemônicas que traziam à tona a hierarquia produzida a partir do binômio alta e baixa cultura. Numa perspectiva pós-estruturalista, as proposições teóricas destes estudos darão ênfase para pesquisas sobre cultura e sociedade, passando a compreender a cultura enquanto um campo de lutas e tensões, o qual possui significados sociais e grupos variados que produzem sentidos e sujeitos, por meio da manifestação de singularidades referentes a grupos distintos. Neste sentido, a cultura deixa de ser compreendida como orgânica e natural, passando a ser vista como uma atividade ou experiência capaz de produzir identidades e experiências (BECK, GUIZZO (2013). Mediante isto,

a cultura passou a ser compreendida como campo conflituoso de lutas, contestação e significados sociais, formas variadas dos grupos por meio dos quais são produzidos e recompostos sentidos e sujeitos, através da manifestação de singularidades, peculiaridades e particularidades dos distintos grupos sociais. A cultura, nessa perspectiva, não é entendida como a manifestação orgânica e natural de toda uma comunidade, nem como domínio cultural isolado de um grupo social, demarcando o que seria o bom gosto da sociedade e assim caracterizando a cultura reconhecida e elitizada. A cultura destaca, nessa narrativa, seu caráter fundamentalmente produtivo e criativo, vista como ação, como atividade, como experiência que produz identidades e diferenças (BECK; GUIZZO, 2013, p. 174).

Segundo Casali e Gonçalves (2018), os Estudos Culturais se configuram enquanto um ramo do conhecimento amplo que agrega diversas temáticas cujo objetivo é estudar os aspectos culturais da sociedade, o que inclui as relações de poder. Ao citar Hennigen e Guareschi (2002), concluem que a cultura é um locus em que são estabelecidas desigualdades, na qual ocorrem embates políticos e a luta pela significação. Uma de suas características principais de estudos é sua natureza interdisciplinar, que inclui várias áreas do conhecimento.

Frente ao exposto, conforme previamente mencionado, a presente pesquisa apoia-se nos pressupostos que orientam e direcionam os Estudos Culturais, bem como os Estudo de Gênero. Este último tem produzido pesquisas no âmbito da Educação capazes de tecer reflexões a respeito da produção das identidades de gênero. De acordo com Beck e Guizzo (2013) inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas imersas nesse campo de investigação, tanto na escola como fora dela,

contribuindo, significativamente, para problematizar as diferenças produzidas na esteira da cultura, conferidas a homens e mulheres, a meninos e meninas.

A crítica pós-estruturalista, complexificada pelas suas estudiosas feministas, tem buscado problematizar noções de corpo e sexualidade agregadas ao conceito de gênero. Tudo isso, na tentativa de romper com uma visão superficial de que o sexo anatômico confere a homens e mulheres, de modo natural, dado e inato, características que os diferenciam e assim constituem suas desigualdades e, tão logo, inferioridades femininas. Na linha de pensamento dessas estudiosas, as diferenças e desigualdades constituídas sobre homens e mulheres não são da ordem da biologia: elas são social, cultural e historicamente construídas e situadas, e não determinadas pelo viés da anatomia de seus corpos. Com essa proliferação de estudos e a polissemia de significados e sentidos múltiplos acerca do conceito de gênero dentro do feminismo em diversas localidades mundiais, foi possível assentar algumas considerações fundamentais: uma delas é a de que ao longo de nossas vidas, imersos/as nas diferentes instâncias nas quais estamos inseridos/as vamos nos constituindo como homens e mulheres, processo esse que nunca se encontra finalizado, esgotado. Outra assertiva desses estudos propõe a compreensão de que nascemos e vivemos em espaços, tempos e ocasiões específicos e diversificados, assumindo representações que definem múltiplas formas de se viver e experimentar as feminilidades e as masculinidades (BECK; GUIZZO, 2013, p. 178).

Neste sentido, os Estudos de Gênero têm contribuído com as pesquisas educacionais produzindo reflexões e problematizando noções reducionistas a respeito do corpo e das identidades de gênero, afastando destas categorias análises que as colocam na condição de que são algo dado ou inato, resultado de uma ordem biológica que se apresenta no momento do nascimento. Afastando, assim, destes estudos as correntes universalistas, bem como a noção de que ambos são naturais e de caráter biologicista, compreensão amplamente difundida em nossa sociedade (BECK; GUIZZO, 2013). Nesse sentido, apoiando-se nos Estudos de Gênero e nos Estudos Culturais, vinculados à vertente pós-estruturalista,

[...] suspeitando das visões unidirecionais e conclusivas, que visam apontar erros e seus culpados e, por assim fazer, apresentar uma solução universal às problemáticas e mazelas educacionais. Buscamos, com as perspectivas teóricas adotadas, um caminho inverso e diferenciado às pesquisas realizadas. Os referidos campos de estudo, nos últimos anos, devido à produtividade de suas pesquisas e investigações desenvolvidas, vêm ganhando cada vez maior atenção e destaque, justamente por se oporem ao hibridismo das pesquisas de caráter prescritivo e regulador no campo da educação (BECK; GUIZZO, 2013, p.173).

Tal vertente teórica aliada às perspectivas dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais têm se mostrado produtivas para o desenvolvimento de investigações, principalmente no que diz respeito à produção de gênero, em especial, das identidades de gênero femininas. Dito isto, após definir e conceituar pesquisa, bem como o campo teórico no qual situa-se a mesma, é necessário explicitar o tipo de pesquisa que se pretende realizar por intermédio desta investigação.

## 5.2 TIPO DE PESQUISA

A fim de conhecer a realidade acerca da indagação elencada e dos objetivos propostos, esta pesquisa possui objetivo *exploratório*, com abordagem *qualitativa* que será realizado mediante *pesquisa de campo*. Quanto ao objetivo, esta pesquisa se caracteriza como *exploratória*, pois buscou “[...] levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto” (SEVERINO, 2010, p. 107).

No que tange a pesquisa *qualitativa*, conforme Minayo (2001), esta responde questões singulares que não podem ser quantificadas. Trabalhando com um universo de significados, aspirações, crenças, atitudes, motivações, valores que constituem processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à variáveis. No presente trabalho, a pesquisa qualitativa se realizará por meio da pesquisa de campo, entendida como aquela em que

[...] o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Abrange desde os levantamentos (*surveys*), que são mais descritivos, até estudos mais analíticos (SEVERINO, 2010, p. 107).

A pesquisa ou trabalho de campo é resultado de um momento relacional e prático. As inquietações que nos permitem desenvolver a pesquisa, nascem das inquietações do cotidiano, sendo capazes de produzir conhecimento a partir do que ainda é desconhecido, o que ocorre mediante sucessivas aproximações em direção ao que se quer conhecer. Nas Ciências Sociais, o trabalho de campo que possui como referência a pesquisa qualitativa, possui a capacidade de aproximar-se daquilo que

deseja conhecer e estudar. Além disso, a partir da realidade presente no campo também lhe é permitido criar conhecimento (CRUZ; NETO, 2001).

Entre as formas de abordagem técnica da pesquisa de campo, destaca-se a entrevista, a qual constitui-se enquanto um importante componente para a realização da pesquisa qualitativa. Na presente pesquisa, utilizou-se a técnica da entrevista para a realização da coleta de dados no campo de pesquisa, conforme apresentado a seguir.

### 5.3 OS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A entrevista tem sido o procedimento mais usual para a realização do trabalho de campo. Podendo ser realizada de modo individual ou coletivamente, apresenta-se como um meio de coletar informações sobre determinada temática científica. Mediante a mesma, o pesquisador ou pesquisadora obtém informações a partir da fala dos/as sujeitos/as participantes, constatando fatos que se apresentam em determinada realidade (CRUZ; NETO, 2001).

Em conformidade com Severino (2010), esta apresenta-se como uma técnica de coleta de informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitada aos sujeitos pesquisados. Por meio da entrevista, é possível que a pesquisadora estabeleça uma interação com o/a pesquisado/a, visando apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam. Em geral,

[...] as entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, toma-se possível trabalhar com a entrevista aberta ou não-estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como com as estruturadas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semiestruturadas (Suely DESLANDES, 2001, p. 58).

Neste trabalho, enquanto procedimento para a coleta de dados, utilizou-se como instrumental a entrevista *semiestruturada*. Este instrumental é composto por perguntas abertas e fechadas e foi utilizado a fim de responder ao problema de pesquisa, o qual ficou assim definido: *Qual a contribuição da inserção dos Estudos de*

*Gênero na formação inicial e continuada de profissionais da área da saúde<sup>24</sup>, para o tratamento de saúde ofertado às mulheres dependentes químicas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), localizados nos municípios de Cascavel – PR e Toledo – PR?*

Os CAPS AD III dispõem de uma equipe mínima que deve ser composta por: 1 médico/a clínico/a; 1 médico/a psiquiatra; 1 enfermeiro/a com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 1 psicólogo/a; 1 assistente social; 1 enfermeiro/a; 1 terapeuta ocupacional; 1 pedagogo/a; e 1 educador/a físico. Além dos/as profissionais de nível superior, fazem parte da equipe: 4 (quatro) técnicos/as de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; e 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Ao todo os CAPS AD III dispõem de uma equipe mínima de nove profissionais de nível superior e nove de nível técnico e médio. Além disso, para os CAPS AD III de referência regional, que superem os limites de um município, a equipe mínima será acrescida dos seguintes profissionais: 2 psicólogos/as; 2 assistentes sociais; 2 enfermeiros/as; 2 terapeutas ocupacionais; 2 pedagogos/as; 2 educadores/as físicos e 1 técnico/a de enfermagem (BRASIL, 2012).

Este é o caso dos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR, ambos atendem fora dos limites populacionais municipais. Cascavel - PR é uma cidade localizada na região Oeste do Estado do Paraná e o CAPS AD III situado no município é referência para outros municípios da área de abrangência da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde, que tem uma população estimada de aproximadamente 502.591 mil habitantes, atendendo os 25 municípios situados na regional. Tratando-se do município de Toledo-PR, este tem uma população de abrangência estimada em 340.472 mil habitantes e é referência para os 18 que fazem parte da 20<sup>a</sup> Regional de Saúde<sup>25</sup>. Juntos, os CAPS AD III de Cascavel e Toledo, atendem a população de 43 municípios da região Oeste do Estado

---

<sup>24</sup> No Brasil, existe cerca de 40 cursos superiores regulamentados pelo Ministério da Educação voltados para a área da saúde. Contudo, este trabalho, preconiza as discussões da formação nas seguintes áreas: Enfermagem; Educação Física; Medicina; Psicologia; Pedagogia; Serviço Social e Terapia Ocupacional. Visto que, em consonância com a Portaria nº. 130 de 2012, que institui o CAPS AD III, local de realização da presente pesquisa, o serviço deve contar com uma equipe mínima que deve ser composta por: 1 médico/a clínico/a; 1 médico/a psiquiatra; 1 enfermeiro/a com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 1 psicólogo/a; 1 assistente social; 1 enfermeiro/a; 1 terapeuta ocupacional; 1 pedagogo/a; e 1 educador/a físico (BRASIL, 2012).

<sup>25</sup> Para informações sobre os municípios, as áreas de abrangência e a população estimada de atendimento, acesse o link: <https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>

do Paraná.<sup>26</sup> Vale ressaltar que a escolha por esta campo de pesquisa, ocorreu devido ao fato dos CAPS AD III localizados nos municípios de Cascavel e Toledo – PR, serem os únicos a prestarem o atendimento à saúde das mulheres dependentes químicas na Macrorregional Oeste do Estado do Paraná até a data de submissão da pesquisa ao Comitê de Ética. Neste sentido, optou-se por pesquisar os/as profissionais atuantes em ambas as instituições. Além disso, tal região é local de residência da presente pesquisadora.

Frente ao número de profissionais de nível superior, técnico e médio, optamos por realizar as entrevistas somente com aqueles/as de nível superior, esta escolha se deu devido à característica de formação multiprofissional da equipe. Se considerarmos que os CAPS AD III têm abrangência regional, cada uma das duas regionais deve ter, no mínimo, 14 profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuando no serviço. Neste sentido, o universo total desta pesquisa é de 28 profissionais. No entanto, optou-se por realizar as entrevistas com um/a profissional de cada área do conhecimento. Ficando assim distribuídos/as: 1 assistente social, 1 psicólogo/a, 1 enfermeiro/a, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico/a, 1 pedagogo/a e 1 educador/a físico, totalizando 7 entrevistas em cada instituição e 14 entrevistas ao todo que constituiriam a amostra inicialmente pensada para a realização da investigação. Contudo, não foi possível realizar as 14 entrevistas inicialmente previstas, pois, embora a Portaria nº 130 disponha que os serviços devam comportar uma equipe mínima, ambos os CAPS AD III não contavam com pedagogos/as em sua estrutura e no caso do município de Toledo, também não haviam educadores/as físicos. Desta forma, foram entrevistados/as onze profissionais, conforme apresentado no Quadro 2:

**QUADRO 2** – Identificação dos/as sujeitos/as da pesquisa: equipe mínima dos CAPS AD III

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>GÊNERO</b>	<b>PÓS-GRADUAÇÃO</b>	<b>ANOS DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO</b>
Profissional 1	Serviço Social	Feminino	Não possui	8 anos
Profissional 2	Terapia Ocupacional	Feminino	Não possui	5 anos
Profissional 3	Psicologia	Feminino	Possui	6 anos
Profissional 4	Enfermagem	Feminino	Possui	4 anos
Profissional 5	Enfermagem	Feminino	Possui	3 anos

<sup>26</sup> Informações estas registrada a partir das falas dos/as responsáveis pela coordenação de ambos os serviços (CAPS AD III de Cascavel e de Toledo).

Profissional 6	Psicologia	Feminino	Possui	3 anos
Profissional 7	Serviço Social	Feminino	Não possui	2 anos
Profissional 8	Educação Física	Masculino	Não possui	5 anos
Profissional 9	Medicina	Masculino	Possui	5 anos
Profissional 10	Medicina	Feminino	Possui	2 anos
Profissional 11	Terapia Ocupacional	Feminino	Possui	5 anos

FONTE: a pesquisadora, 2021.

Entre as onze pessoas entrevistadas, nove são do gênero feminino e dois do gênero masculino. O período de atuação no serviço variou entre dois e oito anos. Além disso, dos/as onze profissionais, quatro não possuem curso de pós-graduação, seis possuem pós-graduação na área da Saúde e uma na área de Recursos Humanos.

As entrevistas ocorreram durante os dias 06 e 10 do mês de setembro de 2021 e tiveram duração de 15 minutos a 1 hora. Todas foram realizadas no ambiente de trabalho das/os profissionais, mediante agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade de cada participante e a partir de um roteiro de entrevistas previamente formulado (APÊNDICE A).

No município de Cascavel-PR foram entrevistadas/os seis profissionais e no município de Toledo-PR foram entrevistadas/os cinco. Para que fosse realizada a coleta de dados os/as participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e concordaram que as entrevistas fossem gravadas e posteriormente transcritas conforme os seus depoimentos. Ressalta-se que a opção pela gravação se deu por esta metodologia auxiliar na coleta de informações de modo detalhado e por permitir que nenhuma informação fosse perdida.

Por fim, a respeito dos aspectos éticos, ressalta-se que a pesquisa foi submetida ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (COPEP/UEM) e autorizada a sua realização nas instituições, mediante termo de autorização, assinado pelos/as responsáveis por cada uma das instituições participantes (ANEXO A e ANEXO B). Após a aprovação da pesquisa, realizou-se contato com as instituições pesquisadas, como também com os/as participantes da investigação. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas mediante a técnica de análise dos dados da pesquisa, a qual será apresentada adiante.

## 5.4 MÉTODOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise se caracteriza enquanto constituinte da pesquisa, fazendo parte dos passos que compõem a mesma. Para a realização da análise dos dados coletados nesta pesquisa, utilizou-se como referência o método *hermenêutico-dialético* proposto por Minayo na obra “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde” (2014). Esta técnica situa as falas dos atores sociais em seu contexto, para serem mais facilmente compreendidas, possuindo como ponto de partida o interior da fala dos/as sujeitos/as e como ponto de chegada a especificidade histórica e totalizante que produz a fala.

Este método de análise possui dois pressupostos que devem ser considerados durante o processo. O primeiro se refere à ideia de que não há verdades absolutas, tão pouco consensos ou pontos de chegada no processo de investigação. O segundo refere-se ao fato de que a ciência se constrói por intermédio da relação entre razão e as experiências que emergem na realidade concreta. Neste sentido, as pesquisas são resultado sempre de uma aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa (MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2014), o método *hermenêutico-dialético* possui dois níveis de interpretação. O primeiro é o das determinações fundamentais, aqui devem ser definidos, se possível na fase exploratória da pesquisa<sup>27</sup>, a conjuntura socioeconômica e política que fazem parte das vivências do grupo social a ser estudado, a história desse grupo e políticas relacionadas a ele. Neste nível, podem ser definidas também categorias gerais para a realização da pesquisa. De acordo com Gomes (2001, p. 70),

a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

---

<sup>27</sup> O processo começa com o que denominamos fase exploratória da pesquisa, tempo dedicado a interrogarmos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação (MINAYO, 2001, p. 25).

É possível estabelecer as categorias antes da realização da pesquisa de campo, ou seja, na fase exploratória da pesquisa, ou após a coleta de dados. Ao serem definidas antes do trabalho de campo, é possível se deparar com conceitos mais gerais e mais abstratos, o que requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados, caracterizam-se como mais específicas e mais concretas (GOMES, 2001).

Neste trabalho, as categorias foram definidas antes da coleta de dados, porém foram redefinidas após a coleta dos mesmos, isto ocorreu devido as intercorrências e mudanças que ocorreram durante a realização da investigação. Diante disso, nesta pesquisa foram elencadas quatro categorias para análise, as quais ficaram assim definidas: 1) *As questões de gênero no tratamento de saúde de mulheres dependentes químicas*; 2) *os Estudos de Gênero na formação profissional em saúde*; 3) *As concepções acerca de gênero entre os/as profissionais da área da saúde*; 4) *Contribuições dos Estudos de Gênero na formação de profissionais em saúde*.

Tratando-se do segundo nível de interpretação dos dados, este possui como base o encontro que se estabelece com os fatos que emergiram durante o processo de investigação. Este é o ponto de partida e o ponto de chegada da investigação. Neste momento devem ser observados e analisados elementos como: “as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação” (MINAYO, 2014, p.78).

A autora ainda apresenta três passos para a operacionalização de sua proposta *hermenêutico-dialético*, e a primeira refere-se à ordenação de dados. Neste momento serão mapeados todos os dados obtidos a partir da realização do trabalho de campo. Aqui ocorrem a transcrição das gravações das entrevistas, a releitura do material e a organização dos relatos. No segundo momento, é necessário atentar-se para o fato de que o dado não existe por si só, o mesmo é construído a partir de questionamentos que fazemos previamente sobre eles, com base em uma fundamentação teórica. Por intermédio de repetidas leituras do texto, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante nos textos. Com base nos elementos relevantes do texto, são elaboradas categorias específicas, determinando o conjunto das informações presentes na comunicação (MINAYO, 2014).

Na fase final de operacionalização deste método, se estabelece uma relação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões que

se apresentam na pesquisa com base nos objetivos elencados, permitindo assim que se promova uma relação entre teoria e prática, entre concreto e abstrato, entre geral e particular.

Em suma, conforme explicita Minayo (2014), além de apresentar os elementos que constituem a pesquisa, é necessário reforçar que, por mais brilhante, rico e inovador que seja o produto final de uma pesquisa, este deve ser encarado sempre de modo provisório. Neste caso, a aproximação da realidade não resulta em afirmações definitivas ou verdades absolutas, embora a pesquisa possibilite a superação de afirmações prévias, esta pode ser superada por outras afirmações.

## 6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS NO CAMPO DE PESQUISA

A saúde mental da mulher dependente de substâncias psicoativas é um tema relevante e deve ser discutido por todos/as aqueles/as responsáveis por prestar atendimento de saúde às mesmas. Isso inclui profissionais da área da saúde, pesquisadores/as, bem como o Estado mediante a implementação de políticas públicas que se atentem para este tema.

Tais discussões devem levar em consideração todos os aspectos da vida de uma mulher, o que inclui as questões relativas ao gênero, às quais podem ocasionar em desigualdades, podendo limitar o acesso, bem como a permanência das mesmas nos serviços que ofertam tratamento de saúde mental. Diante de tais condições, se faz necessário implementar alternativas que viabilizem e contribuam para o acesso, a permanência, bem como a atenção integral à saúde das mulheres. Entre as alternativas capazes de responder tal demanda está a Educação, que por intermédio de uma formação profissional em saúde que dê visibilidade aos Estudos de Gênero, é capaz de tecer reflexões que possibilitem operacionalizar um tratamento de saúde comprometido com as demandas e necessidade das mulheres a partir do enfoque no gênero, fato que contribui significativamente para viabilizar o acesso e a permanência nos serviços de saúde, permitindo, portanto, o exercício do direito social à saúde.

Dito isto, esta seção objetiva analisar a interlocução entre os Estudos de Gênero e o processo de formação de profissionais da área da saúde no que tange o atendimento destinado às mulheres dependentes de Substâncias Psicoativas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) dos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR. Assim, buscou-se identificar a incorporação da dimensão dos Estudos de Gênero na formação de profissionais da área da saúde. Para tanto, foi necessário explicitar as vivências das mulheres dependentes químicas no tratamento de saúde mental, observando como apresentam-se as questões de gênero no tratamento de saúde destas mulheres.

Na sequência apresentam-se as concepções dos/as profissionais da área da saúde acerca da categoria gênero. Adiante, explicita-se a (in)visibilidade dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde, e suas repercussões para o tratamento de saúde ofertado às mulheres em tratamento para a dependência química. Por fim,

são tecidas as contribuições dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde, no que concerne às mulheres atendidas nos CAPS AD III.

## 6.1 AS QUESTÕES DE GÊNERO NO TRATAMENTO DE SAÚDE OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS

A saúde e o bem-estar coletivo e individual estão condicionados a inúmeros determinantes, estes se referem aos fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Tais elementos podem determinar a ocorrência de problemas de saúde na população em geral. Deste modo, há a necessidade do olhar para os inúmeros fatores que podem influenciar no estado de saúde de uma pessoa, não considerando apenas a perspectiva puramente biológica.

Conforme expresso na presente pesquisa, a concepção de gênero tem sido considerada como um determinante social da saúde, fato que representa um enorme avanço no que tange o tratamento de saúde dispensado às mulheres, ao conceber que a saúde das mesmas está diretamente relacionada com os papéis destinados à elas nesta sociedade. Segundo Cugler (2018, p. 30),

[...] as necessidades de saúde são individualmente sentidas, biológica e socialmente determinadas, e por privilegiar grupos sociais em detrimento de outros, decorrem em necessidades ignoradas, ocultadas ou reprimidas. Quanto mais desigual a situação econômica, as identidades de gênero, etnia ou de raça em uma sociedade, tanto maior serão as necessidades de saúde dos distintos grupos populacionais, portanto, nos serviços de saúde, as pessoas devem ser contextualizadas em suas relações sociais, em suas trajetórias de vida e na cultura em que vivem.

No Brasil, as mulheres representam 51,1% da população. Contudo, embora sejam a maioria, também são as que mais sofrem com as desigualdades de gênero. Tais desigualdades se expressarão de inúmeras formas na vida das mulheres, na constituição das suas relações de trabalho, na educação, na política, na economia, bem como no acesso a bens e serviços, o que inclui os serviços de saúde. Neste sentido, constata-se que a saúde feminina não está condicionada apenas aos fatores biológicos ou anatômicos, mas relaciona-se com as diferenças de gênero, que quanto mais desiguais, mais profundamente repercutirão em suas necessidades de saúde. No que se refere às mulheres dependentes de Substâncias Psicoativas, percebe-se a

existência de um conjunto de restrições para a entrada, o acesso e a permanência nos serviços destinados a ofertar atendimento psicossocial às mesmas. Para Cugler (2018), as iniquidades sociais estão presentes antes, durante e depois do acesso destas mulheres aos serviços de saúde, fato que influencia no tratamento da dependência química (CUGLER, 2018).

Historicamente a dependência química foi considerada uma doença masculina. Devido a aspectos sociais e culturais os homens encontravam-se mais frequentemente nas cenas de uso, o que levou a crer que os mesmos eram mais suscetíveis ao uso de drogas do que as mulheres. No entanto, nos últimos anos, o consumo de Substâncias Psicoativas lícitas e ilícitas tem sido feito de modo indiscriminado entre mulheres e homens (CNJ, 2011).

Contudo, embora o uso destas substâncias seja feito sem distinção de gênero, por vezes a dependência química tem se mostrado como uma conduta que prevalece entre os homens. Nos espaços terapêuticos em que eles são a maioria, são os principais usuários dos serviços de saúde destinados ao atendimento de dependentes químicos/as, já que são os que buscam, mais frequentemente pelo tratamento de saúde. Fato evidenciado na entrevista dos/as profissionais 1, 2 e 8:

A gente percebe que o número de mulheres é muito baixo que buscam [sic] o tratamento, perto do número de homens, aqui nosso maior público é [sic] homens [...] (Profissional 1).

[...] aqui as mulheres procuram menos, mas isso não quer dizer que elas usam menos (Profissional 2).

Porque as mulheres eu vejo [sic] que a aderência um pouquinho menor né, também tem umas que procuram, mas a grande maioria que acessam o serviço é do gênero masculino, não sei também a questão se é algo que atinge mais o público masculino, porque as mulheres também sofrem da dependência química, então..., mas [sic] eu percebo que o acesso maior sempre foi dos homens [...] (Profissional 8).

Conforme expresso pelos/as profissionais é possível notar que o número de mulheres é reduzido em comparação aos homens atendidos nos CAPS AD III dos municípios de Cascavel e Toledo. Em ambos os serviços esta realidade se faz presente, as mulheres são a minoria, mas isto não significa que usam menos substâncias psicoativas ou que são atingidas em menor proporção pela dependência

química. Neste caso, a pouca procura das mulheres pelo tratamento para a doença pode estar associada a outros aspectos, conforme expresso pelas profissionais 1, 3 e 5, segundo as quais:

Não dá para ter uma certeza [...] se homem ainda usa mais que a mulher, se o homem tem mais problema com a substância do que a mulher ou se há o preconceito da mulher de se mostrar como dependente, usuária de uma substância. Porque a gente traz no discurso de algumas atendidas, de que elas têm vergonha de fazer uso, principalmente do álcool, então existe um estigma ali por trás de mulheres que procuraram o tratamento, porque já é difícil a pessoa enxergar como dependente e quando se trata do sexo feminino, parece que piora, porque a mulher tem que ser perfeita, dona de casa, boa mãe, boa esposa e que ela não pode ter nenhum tipo de problema, ela tem que ser o alicerce e o homem que manda e a mulher fica dentro da casa, obedecendo, no máximo trabalha. [...] não pode beber, não pode fiasco [sic], isso não é coisa de mulher e muitas delas ficam envergonhadas até de procurar o serviço, parece que é muito isso que acaba diminuindo o número de atendidas (Profissional 1).

A gente observa que as mulheres demoram mais para buscar ajuda, até pelo próprio olhar de julgamento da sociedade, então elas vão buscar ajuda por vontade própria geralmente quando já está em uma situação muito grave, já está muito agravado mesmo e a gente vê que está atrelado a uma visão da sociedade, nosso público já tem todo um estigma, todo um preconceito por parte da sociedade e as mulheres então nem se fala nesse sentido (Profissional 3).

[...] então eu acho que quando elas acabavam procurando o serviço, é porque já estava apertando muito no cotidiano delas, elas acabaram vindo pra gente, só que também o que acontece é que muitas delas preferem fazer o tratamento ambulatorial e não ficar lá internada por exemplo, porque elas têm outras coisas em casa, tem os filhos pra cuidar, tem a família, tem trabalho, então elas preferem muitas vezes fazer esse tratamento ambulatorial do que ficar lá com a gente os 14 dias (Profissional 5).

Verifica-se que o número de mulheres atendidas nos serviços, tem sido inferior ao número de homens na mesma condição. Contudo, para as profissionais que fazem parte das equipes do CAPS AD III e que trabalham diretamente com este público, a baixa prevalência e adesão das mulheres ao tratamento ocorre devido às questões relacionadas aos papéis socialmente cumpridos por elas. Para a profissional 1, as mulheres demoram a aderir ou não ingressam no serviço por vergonha, por não cumprirem com as representações sociais associadas ao feminino. Como por exemplo, o papel de dona de casa, de mãe, de esposa submissa aos ditames do

marido, da mulher que não utiliza o álcool, por não ser considerada uma substância socialmente aceita para o uso delas. Esta deve ser o alicerce familiar.

Patricia Lins da Silva (2013) pondera que as mulheres estão expostas a várias formas de adoecimento, sem que sejam assistidas de forma integral e resolutiva de acordo com as suas necessidades. Tratando-se das mulheres que fazem uso de Substâncias Psicoativas, verifica-se que estas, por vezes, podem não respeitar os papéis femininos que lhes são determinados socialmente, a exemplo da ausência do cuidado para com os/as filhos/as e companheiros/as, bem como a falta de cuidado com as atividades domésticas, ou consigo e, portanto, são estigmatizadas.

Neste sentido, ao destoar de tal condição, devido a dependência química, sentem-se envergonhadas e acabam por não procurar o tratamento de saúde. No caso das mulheres que procuram o tratamento, de acordo com as profissionais 3 e 5, isto ocorre apenas quando o uso de drogas se torna dependência química de fato. Para a profissional 3 o olhar e o julgamento dirigido à elas, pela sociedade, caracteriza-se enquanto um limite para acesso ao serviço de saúde. Já na fala da profissional 5 fica evidente que, em grande parte dos casos, o tratamento ambulatorial torna-se a melhor opção para as mulheres que necessitam desempenhar as funções que lhes foram atribuídas no ambiente doméstico e junto aos/às filhos/as. Assim, conforme expresso nas falas das profissionais, evidencia-se que as relações desiguais de gênero influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde mental, impactando diretamente no tratamento para a dependência química.

Além disso, para a profissional 3, o estigma<sup>28</sup> social vinculado às mulheres dependentes químicas, constitui-se como um motivo para o retardamento do tratamento de saúde direcionado à elas. Conforme Souza (2011), o preconceito pode interferir na procura por tratamento adequado, visto que as mulheres nesta condição encontram mais dificuldades em se colocar enquanto usuárias compulsivas de drogas diante de sua família e da sociedade, pois há o estigma de associar o comportamento da mulher dependente de drogas à promiscuidade sexual e à falhas no cumprimento do papel familiar. Do mesmo modo, para Silva (2014), as mulheres dependentes químicas sofrem pressões que emergem da reprovação social motivada pela

---

<sup>28</sup> O conceito de estigma carrega uma significação pejorativa sobre determinados grupos e pessoas que se comportam de forma oposta às normas naturalizadas pela sociedade, ou seja, todo aquele que destoa do considerado normal/natural está fora dos padrões, o estigma social desemboca na criminalização do conjunto desses indivíduos (SANTOS, 2017, p. 73).

transgressão da conduta moral socialmente construída para o gênero feminino, fato este que se apresenta enquanto uma barreira para que elas busquem o tratamento de saúde adequado; situação distinta da vivenciada pelos homens na mesma condição de saúde. Conforme revela a profissional 3:

Em relação à questão do preconceito, o homem, pegar o álcool [sic], o homem beber é bonito é até uma questão cultural, já passa para o filho e por ele ser homem já tem toda essa questão aí, então é bonito e a própria sociedade reforça. A mulher não, onde já se viu uma mulher beber? Então tem essa diferenciação no olhar, uma mulher, “nossa né?” [sic] Aí um homem não, está tudo bem, faz parte, é inerente [...] (Profissional 3).

Nesta perspectiva, o fato do consumo de substâncias psicoativas ser visto como um comportamento basicamente masculino agrava ainda mais a situação enfrentada pelas mulheres dependentes. Conforme expresso pela profissional 3, o uso do álcool por homens tem sido aceito culturalmente, passando de “pai para filho” e caracterizando-se enquanto algo permitido aos homens, por ser “inerente” a eles, e “proibido” às mulheres. Não é por acaso que o álcool foi utilizado como exemplo pela profissional. Durante a realização das entrevistas foi possível notar que esta é a substância mais consumida entre as usuárias e os usuários do serviço. O que fica evidente na fala das/os profissionais 1, 2 e 7:

[...] você vê o uso de álcool na maioria ainda, tanto de homens, quanto para mulheres, é a principal substância. 90% do público usa a bebida, às vezes associa ao uso de outras substâncias, o tabaco também é muito utilizado, mas também as mulheres utilizam o *crack*, maconha e cocaína [...] (Profissional 1).

Eu acho que é praticamente o mesmo, aqui a maior frequência em disparada é a questão do alcoolismo, né, em primeiro lugar depois vem a questão de maconha, cocaína e o *crack* (Profissional 2).

O álcool é uma substância que é bem comum, tanto em homens tanto [sic] para mulheres, cocaína ou o uso associado, maconha são essa [sic] que mais prevalecem, [...] eu não vou saber te dizer certinho, tipo das que a gente atende aqui, mas assim, das mais comuns que a gente vê, álcool, maconha, cocaína (Profissional 7).

Para a profissional 1, o número de pessoas que fazem uso do álcool é maior, “pelo álcool ser mais aceito” (Profissional 1). Assim, as outras substâncias acabam

tendo um percentual menor de consumo. Conforme expressa Torcato (2016), consumos globalizados de bebidas alcoólicas, passam a existir apenas com o advento da modernidade<sup>29</sup>, como parte da cultura de diversos povos. Seu uso apresenta-se em festas, nos encontros com a família e com os/as amigos/as ou em datas comemorativas que são frequentemente celebradas com bebidas alcoólicas. Nesse contexto, é perceptível e, ao mesmo tempo alarmante, que os impactos do álcool na saúde e na sociedade muitas vezes passam despercebidos.

De acordo com o “Panorama sobre Álcool e a Saúde dos Brasileiros”, elaborado pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2021), cerca de 43% da população mundial com 15 anos ou mais faz uso da substância. Às vezes, o consumo ocorre equivocadamente para fins recreativos, ainda que seja uma substância psicoativa, que pode levar à dependência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que o uso nocivo de bebidas alcoólicas está associado ao maior risco de danos à saúde ou à ocorrência de consequências sociais, tanto para quem consome quanto para as pessoas próximas ou a sociedade em geral. Neste sentido, vale ressaltar, que

[...] de todas as drogas, o álcool é a única que possui uma bem demonstrada relação causa-efeito com práticas de violência, em particular a violência doméstica, tanto física quanto psicológica, tanto contra mulheres quanto contra homens – embora os homens sejam os principais agressores e as mulheres as principais vítimas (ALARCON, 2012a, p. 111).

Um dado ainda mais atual sobre o uso de álcool no Brasil foi divulgado mediante o Panorama (2021), apresentado por intermédio do CISA (2021). De acordo com os dados apresentados, no Brasil, o consumo abusivo da substância permanece estável na população geral e entre os homens representando uma média de 26,0%. No entanto, entre as mulheres há uma tendência de aumento considerado

---

<sup>29</sup> Por longos períodos históricos a humanidade foi guiada pelos princípios da religião, das crenças e da espiritualidade e seus destinos eram guiados pelo peso da autoridade religiosa. Com o advento da modernidade, atribui-se à razão, à verdade e ao conhecimento o papel central na condução da história humana. O século XVI foi uma época de profundas transformações na sociedade ocidental, marcada por uma verdadeira explosão de descobertas. Esse movimento, que caracteriza a atmosfera intelectual do período chamado de Renascimento, trouxe consigo a rejeição das ideias até então aceitas e seguidas. Neste momento histórico, surge a modernidade, a qual se perpetua até o século XX. A partir do final do século XX (anos 1960 e 1970) alguns autores começam a declarar o fim da modernidade, indicando o surgimento de uma nova era, a pós-modernidade” (ZLUHANL; VANZUITA; RAITZ, 2017, p. 207).

preocupante com média de 10,8%. O panorama revela ainda que o uso excessivo do álcool pode causar:

[...] alcoolismo ou dependência de álcool, doença crônica e multifatorial, é um dos transtornos mentais mais comuns relacionados ao consumo de álcool. É definido pela CID-10, da OMS, como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool (CISA, 2021, p. 19).

Há no Brasil a prevalência do uso de substâncias lícitas (a exemplo do álcool e do tabaco) em comparação àquelas consideradas ilícitas. Conforme expressa Alarcon (2012c, p. 59), constata-se que no Brasil “a maioria da população nunca usou drogas ilícitas, e dentre aqueles que as utilizaram a maior parte o fez apenas a título de experimentação”. Um fator que pode influenciar na experimentação de algumas drogas diz respeito à forma como elas são comercializadas. Devido a maior facilidade de acesso às drogas lícitas, a probabilidade de serem consumidas é maior quando comparadas às substâncias ilícitas. No caso das drogas ilegais, a proibição pode limitar e restringir o acesso, no entanto, tal fato não se caracteriza como um impeditivo para a comercialização e o consumo de tais substâncias.

Uma questão apresentada pela profissional 11, diz respeito ao território no qual estão inseridas as usuárias. Para ela, o tipo de drogas utilizada modifica-se de acordo com o território em que estas mulheres se encontram. Assim, a profissional expressa que:

Eu acho que o contexto de território que ela está modifica o padrão de uso delas, mulheres que normalmente estão em casa são usuárias somente de álcool, mulheres que já estão em situação de rua, já associam o álcool ao *crack*, a cocaína (Profissional 11).

A partir do relato da profissional foi possível observar que o tipo de droga utilizada se modifica de acordo com o local de uso, que pode ocorrer no ambiente doméstico, domiciliar ou em um ambiente externo, em geral as ruas. Isto não ocorre por acaso, uma vez que o papel estabelecido socialmente e culturalmente para a mulher possui o sentido de inviabilizar a presença destas em determinados espaços públicos. Assim, o consumo de álcool em casa pode estar vinculado ao fato desta ser uma substância lícita e mais acessível para as mulheres que passam a maior parte dos dias inseridas no ambiente doméstico, ao contrário daquelas que estão em

situação de rua, e que acabam acessando, mais frequentemente, drogas ilícitas. Além disso, para a profissional 6, as motivações que levam algumas mulheres a fazerem uso do álcool e outras drogas têm relação direta com a realidade enfrentada pelas mesmas. Assim,

[...] muitas eu vejo que quando começam a fazer o uso da substância elas utilizam como uma esquiva, uma fuga de uma realidade muito difícil, então fica aquele prejuízo e aquele prazer de substância sabe, o prejuízo da saúde a gente já sabe o prejuízo financeiro também [sic], mas elas conseguem manter esse uso por outros fatores né, mas o prejuízo que elas perdem a guarda dos filhos e as pessoas pensam que elas não se importam e não é assim [sic], então muitas se afastam desse âmbito da convivência com os filhos, o prejuízo social porque são muitas marginalizadas [sic], elas sabem o que as pessoas pensam, elas não conseguem manter o emprego então elas tentam, quando elas estão aqui a gente consegue trabalhar com elas essa questão de vamos estudar [sic], o que você quer? Mas aí volta para a cidade de origem e lá ninguém dá esse voto de confiança [...] (Profissional 6).

A partir do relato da profissional ficam evidentes os prejuízos para a vida destas mulheres. A dependência de drogas as coloca em um local de marginalidade, impactando diretamente nas suas relações familiares e comunitárias, assim como na condição de empregabilidade das mesmas. Para Santos (2017), se construiu no imaginário social a associação das mulheres usuárias de drogas a um arquétipo da mulher imoral e desvirtuada, que ao consumir substâncias lícitas e ilícitas negligenciam suas relações familiares. De acordo com a profissional 6, a demora em buscar por tratamento de saúde pode estar associada a tal questão.

[...] eu sempre avalio assim, porque a mulher demora a procurar atendimento, porque a família tem uma certa dependência do funcionamento da mulher dentro da casa, então é como se ela não pudesse se ausentar e o homem procura atendimento aqui porque a mulher faz com que ele busque esse atendimento e o homem não tem essa preocupação com a mulher, não sei por que o homem é dessa forma. Quando a mulher sai para buscar esse atendimento é porque o lar deixou de funcionar e ela não tem esse apoio para o tratamento que o homem tem porque ela apoia ele. Ai geralmente esses filhos têm que ficar com outras pessoas, com terceiros e muitos já são abrigados porque o marido não cuida desses filhos, então essa família não tem essa dinâmica, geralmente essa família ela [sic] tem essa vulnerabilidade social [...] (Profissional 6).

Nota-se que o preconceito dirigido às mulheres permeia os espaços em que ocorre o tratamento para dependência química, bem como suas vivências familiares. À elas são destinados papéis associados ao cuidado com o/a outro/a, sejam eles/as filhos/as ou companheiros/as e por conta da própria doença podem não conseguir desempenhá-los. No relato da profissional, evidencia-se que as relações familiares dependem do desempenho de funções exercidas exclusivamente pelas mulheres. Assim, ao ausentar-se deste ambiente, a família torna-se “disfuncional”. Outro ponto que chama atenção refere-se ao cuidado que as mulheres dispensam aos companheiros, inclusive no que tange ao tratamento de saúde. De acordo com a profissional 6, embora elas os acompanhem para realizar o tratamento de saúde, as mesmas não são acompanhadas por eles na busca e inserção no atendimento de saúde.

Ao abordar os estereótipos de gênero, identifica-se que nesta sociedade há um conjunto de crenças e regras a respeito dos papéis que devem ser exercidos por homens e mulheres, isto engloba os aspectos físicos, ocupacionais, subjetivos e comportamentais. Essas características se expressam também quando se trata do uso de drogas por ambos/as, fator que implica consequências mais agravantes para as mulheres, pois devido o papel que lhes é dado, estas são ainda mais estigmatizadas por realizarem o uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas (SANTOS, 2017).

Ainda no que diz respeito ao acesso ao tratamento de saúde e às desigualdades enfrentadas pelas mulheres usuárias do serviço, a profissional 7 expressa que:

Entra naquela questão do impacto dessas desigualdades, eu penso que há um impacto sim, por questão de sobrecarga das mulheres, que as mulheres geralmente ficam com uma sobrecarga maior, em relação aos cuidados com os filhos, em trazer alimentos para casa, de estar ali, de ter esse cuidado maior, sobrecarga né, que ela acaba não tendo tempo para ela, para pensar em um tratamento para ela (Profissional 7).

Ao referir-se às desigualdades enfrentadas pelas mulheres e os impactos destas desigualdades no tratamento de saúde, a profissional 7 expressa que as mulheres são as maiores responsáveis pelo cuidado com os/as filhos/as e o ambiente

doméstico, recaindo sobre elas uma sobrecarga maior em comparação aos outros membros da família, fato que limita a inserção no tratamento de saúde para a dependência química. Deste modo, por meio da explanação apresentada, evidencia-se que, em geral, algumas mulheres demoram a procurar o tratamento de saúde para dependência química e outras nem o procuram.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011, p. 11), “mesmo quando a atenção em saúde está disponível, as mulheres podem não ter acesso por causa de restrições culturais ou das responsabilidades domésticas”. Neste caso, as desigualdades baseadas no gênero caracterizam-se enquanto limite para o acesso aos serviços de saúde. Essas desigualdades podem se expressar também, mediante a educação, a renda, o emprego, limitando a proteção à saúde da mulher.

No Brasil, no ano de 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou a segunda edição do estudo “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil”. A pesquisa apresentada pelo Instituto divulgou algumas informações no que concerne às condições de vida das mulheres brasileiras, assim como as desigualdades por elas enfrentadas. A começar pela participação das mulheres no mercado de trabalho, os dados revelam expressivas desigualdades quando comparadas aos homens. São elas que encontram maiores dificuldades em acessar postos de trabalho. No ano de 2019, cerca de 54,5% de mulheres entre 15 anos ou mais estavam nesta condição, enquanto entre os homens houve uma diferença de 19,2%, chegando a 73,7%.

O estudo também expressou a proporção por raça, ao considerar a inserção no mercado de trabalho de homens e mulheres negros/as, pardos/as e brancos/as. Proporcionalmente, 53,5% das mulheres negras estavam inseridas na parcela da população com idade para o trabalho, entre as mulheres brancas era 54,5%. No caso dos homens negros, 73,4% estavam na mesma condição, em comparação aos homens brancos que representavam 74,1%. Neste caso, observa-se uma paridade quanto a inserção no mercado de trabalho no que se refere à raça, mas ao observar o gênero, as mulheres, sejam elas negras ou brancas, encontram-se em desvantagem.

De acordo com os dados do Instituto, esta desproporção tem como causa, entre outras questões, o envolvimento da mulher com o trabalho não remunerado exercido em âmbito doméstico. No ano de 2019 “as mulheres se dedicaram aos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos quase o dobro de tempo que os homens (21,4 horas

contra 11,0 horas)” (IBGE, 2019, p. 3). Além disso, ao observar o recorte por cor, raça e região, verifica-se que entre as mulheres negras com 14 anos ou mais, 22 horas semanais foram dedicadas aos afazeres domésticos, contra 20,7 horas para mulheres brancas. As regiões sudeste e nordeste concentraram as maiores proporções, com 21,8 horas e 22,1 horas semanais. Neste sentido, é possível evidenciar que

mesmo para as mulheres que se encontram ocupadas, o seu maior envolvimento em atividades de cuidados e/ou afazeres domésticos tende a impactar na forma de inserção delas no mercado de trabalho, que é marcada pela necessidade de conciliação da dupla jornada entre trabalho remunerado e não-remunerado (IBGE, 2019, p. 4).

As discussões acerca da categoria trabalho tornaram-se referência nos trabalhos desenvolvidos, em especial por abordagens feministas marxistas. Entre elas, destaca-se o trabalho de Biroli (2018, p. 27), na compreensão apresentada por ela “a posição das mulheres nas relações de trabalho está no cerne das formas de exploração que caracterizam a dominação de gênero (o patriarcado)”. Ao estabelecer uma relação entre divisão do trabalho doméstico não remunerado, divisão do trabalho remunerado e as relações de poder, constata que:

a responsabilização desigual de mulheres e homens por um trabalho que se define, assim, como produtivo e não remunerado seria a base do sistema patriarcal no capitalismo. O patriarcado, como sistema político, consistiria numa estrutura de exploração do trabalho das mulheres pelos homens. Seu núcleo, nessa perspectiva, é a divisão sexual do trabalho, em que se configurariam dois grupos (ou classes): as mulheres, que têm sua força de trabalho apropriada, e os homens, que estabelecem coletivamente desse sistema (BIROLI, 2018, p.28).

O ponto central desta discussão é a distinção entre trabalho remunerado e não remunerado. O trabalho exercido pelas mulheres não possui remuneração e implica na criação dos/as filhos/as e na execução das atividades domésticas. Ao fornecerem um trabalho gratuito, o qual se constitui a partir de uma relação, o matrimônio, a realização das atividades domésticas pelas mulheres permite que os homens fiquem livres para o exercício do trabalho remunerado. O trabalho gratuito pode se configurar como não produtivo, no entanto, passam a ter valor econômico quando executados fora de casa, ao atenderem às necessidades de outras pessoas. Isso inclui a preparação de alimentos, a lavagem de roupas, o cuidado com as crianças e também

o trabalho sexual e reprodutivo que fazem parte do casamento. Neste sentido, é possível constatar que os efeitos da exploração das mulheres não permanecem restritos ao ambiente doméstico e familiar.

Diante disso, a exploração não termina no casamento. No divórcio, por exemplo, as mulheres vivenciam a apropriação do seu trabalho, pois, em geral, são elas que ficam responsáveis pelos/as filhos e filhas, responsabilidade que deriva das funções assumidas durante o casamento. Deste modo, mulheres casadas sofrem diretamente a “opressão comum” fundada na divisão do trabalho, no caso das divorciadas e das solteiras com filhos/as, a exploração apresenta-se de modo sistêmico e institucionalizado, que é vivenciado por elas após a ruptura com os padrões de dependência vigentes. A dependência das mulheres em relação aos homens não ocorrerá de forma isolada, podendo se manifestar mediante a dependência financeira, física, moral e emocional. A mesma modificou-se com a ampliação do acesso das mulheres ao trabalho remunerado, bem como à educação formal a partir de meados do século XX (BIROLI, 2018).

A família, como apresenta Biroli (2018), corresponde há uma pluralidade de arranjos. Neste ambiente podem ser vivenciadas relações afetivas, conjugais, de coabitação e parentalidade. Permeiam no universo das relações familiares o cuidado, o afeto e apoio, assim como a exploração do trabalho, o exercício de autoridade e a violência. A autora observa que no ambiente familiar, meninas e mulheres costumam ser as maiores responsáveis pelo trabalho doméstico. Geralmente, o trabalho por elas desenvolvido na vida doméstica não se constitui como uma escolha voluntária, embora também não seja resultado de coerções. A responsabilização deriva de estruturas construídas socialmente, dentro e fora do ambiente familiar. Conforme expressa Biroli (2018, p. 65-66), “a gratuidade do trabalho desempenhado pelas mulheres no âmbito doméstico foi definida como cerne do patriarcado, exploração matriz, que torna possíveis outras formas de exploração”.

Na compreensão de Marlene Bueno Zola (2015), a família historicamente tem se colocado enquanto uma organização social capaz de promover a proteção social de seus/suas membros/as. A família ‘tradicional’ teve sua constituição pautada na nuclearização familiar, com o fortalecimento de vínculos de privacidade, afetividade e cumplicidade que decorrem do isolamento conjugal. Neste espaço foram designadas funções sociais baseadas no gênero, na qual compete às representações de masculinidade a atuação na esfera pública e do trabalho e, às representações de

feminilidade, a esfera privada do lar e dos cuidados com os/as filhos/as. Para a autora, é deste modo que a organização familiar gera a dependência dos/as filhos/as e da mulher ao homem provedor.

Também o âmbito público é calcado na dependência do trabalho familiar desenvolvido pela mulher. Compete a ela dar sustentação para a organização interna da casa, desempenhando os chamados afazeres domésticos, que incluem os cuidados dos membros familiares, com a garantia da harmonia e do equilíbrio interno capaz de produzir o bem-estar e reproduzir a sociedade vigente (ZOLA, 2015, p. 50).

Segundo Zola (2015), os diversos tipos de arranjos familiares possuem características que não se esgotam, que prevalecem em períodos datados, determinados pela organização política, econômica e social. A família é permeada por valores patriarcais que atravessam os tempos, cumpre uma função que privilegia a proteção social, em sua dimensão econômica e afetiva. O lugar da mulher neste espaço está em conciliar o trabalho familiar com o trabalho remunerado e manter o equilíbrio relacional e a proteção de seus/suas membros/as. O que conseqüentemente as sobrecarrega de funções familiares.

Diante do exposto, observa-se que as mulheres têm a responsabilidade de exercer funções no ambiente doméstico e familiar, o que faz com que seja estabelecida uma relação de dependência entre elas e os outros/as membros/as da família. Desta maneira, ao procurar tratamento de saúde, a mulher deixa de desempenhar funções que contribuem para o funcionamento da dinâmica familiar, fato que leva a demora ou a não procura pelo tratamento de saúde.

Deste modo, motivadas pelo preconceito decorrente do uso de tais substâncias, muitas mulheres optam por permanecerem anônimas, fato que pode impactar diretamente no retardamento da procura por ajuda e/ou o abandono precoce do tratamento de saúde, restringindo o acesso aos serviços disponibilizados. Surpreendentemente alguns dos motivos que fazem com que as mulheres não cheguem ao serviço, são também os que levam as dependentes químicas à procurarem o tratamento de saúde. A exemplo do cuidado com os/as filhos/as, situação que pode ser evidenciada na entrevista do profissional 9:

Acho que a questão familiar é o que mais perpassa sim, o que trazem elas ou porque perderam a guarda de uma criança para o conselho

tutelar, não perdendo para o conselho tutelar, perderam essa guarda, a criança está com a família acolhedora ou com algum outro familiar, enfim. E daí no geral assim, eventualmente situação de rua, diria que não difere do que geralmente traz um paciente para cá, mas quando se fala nas mulheres, essa questão da família que fala bastante alto [sic] (Profissional 9).

Evidencia-se que a maternidade se caracteriza enquanto elemento crucial para a busca do tratamento de saúde por estas mulheres. Para Valeska Zanelo (2018), o casamento configurou-se como dispositivo legal da submissão sexual, patrimonial, afetivo da mulher ao marido, mas deu-lhe o reconhecimento necessário de sucesso. No matrimônio reside uma meta suprema a ser cumprida: a maternidade. Para a autora a maternidade é uma construção social que sofreu transformações ao longo da história. Foi apenas no século XVIII que o ideal de maternidade passou a ser associado à naturalização do sentimento materno. A partir de então faz-se uma associação ideológica das palavras “amor” e “maternidade”, o que significou não só a promoção do sentimento, mas a associação da mulher enquanto mãe. Neste sentido, “dar à luz” tornou-se uma tarefa nobre era uma virtude aos olhos da igreja católica.

[...] É importante, portanto, ressaltar a não homogeneidade desse processo de colonização dos afetos femininos, o qual foi se dando de formas diferentes em diversas camadas da população. Mas houve, em termos macro, um avanço na implantação de certo ideal de maternidade. [...] Foi um longo processo esse, o de tornar a mulher responsável pela família, casamento e procriação. Aos poucos foram sendo colonizados os afetos, cuja vitória pôde ser traduzida no sentimento de culpa das mulheres (ZANELO, 2018, p.131).

As mulheres passam a ser responsabilizadas pelo cuidado com a família e com os/as filhos/as. Desta maneira, o não cumprimento de um ideal de maternidade acarreta no sentimento de culpa para elas. O que não é diferente para as dependentes químicas, as quais acessam ou deixam de acessar o tratamento de saúde em função da maternidade.

Segundo Biroli (2018), o cuidado para com os/as filhos/as não tem sido vivenciado da mesma maneira pelas mães e pelos pais, a mulher, diferente do homem, acaba sendo sobrecarregada de responsabilidades para com a criação e o cuidado dos/as mesmos/as. Isto pode explicar o modo distinto como homens e

mulheres atendidos/as nos CAPS AD III encaram a perda da guarda dos/as filhos/as. Conforme expresso na fala da profissional 6:

Entre as mulheres o que me chama muita atenção é que, pelo menos das pacientes que eu atendo, que eu estou tentando me lembrar assim, que [sic] a maioria delas já perdeu a guarda dos filhos, isso me chama bastante atenção e isso é uma punição para elas e não para o pai sabe, porque o pai muitas vezes já abandonou [...] (Profissional 6).

Diante disso, a perda da guarda dos/as filhos/as se configurou como um dos motivos para que as mulheres dependentes de substâncias psicoativas procurassem tratamento de saúde. Não vivenciar a maternidade de acordo com o que é socialmente estabelecido, foi encarado por estas mulheres como uma punição. Diferentemente dos homens, que em alguns casos, já tinham abandonado os/as filhos/as.

Assim, do exercício do trabalho doméstico, a responsabilidade da criação dos/as filhos/as é dada de modo distinto entre homens e mulheres. Às mulheres é relegada a função e responsabilização pelo cuidado para com os/as filhos/as. Neste sentido, embora a maternidade envolva, em geral, uma relação de amor e afeto intenso para muitas mulheres, pode se constituir simultaneamente em um ambiente de exploração e restrições que têm implicações para o cuidado doméstico. Nesta perspectiva,

[...] a Maternidade é um fator que reduz a autonomia relativa, individual e coletiva, das mulheres. As tensões entre maternidade e trabalho remunerado, ou entre maternidade e atuação política, não são vivenciadas da mesma maneira pelos maridos que são pais, justamente porque deles se espera menos ou muito pouco no cotidiano da criação dos filhos, ainda que a divisão convencional implique a atribuição a eles do papel provedor (BIROLI, 2018, p. 107).

Neste caso, a maternidade, bem como o casamento, possui um peso diferente na vida das mulheres. Elas, quando comparadas aos homens, são as maiores responsáveis pelo exercício de papéis sociais que eximem os homens de exercê-los, à exemplo do trabalho doméstico e do cuidado com os/as filhos/as. Este fato tem repercussões no que tange à inserção das mulheres no mercado de trabalho, como também sobre outros aspectos de suas vidas.

O estudo “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil”, elaborado pelo IBGE (2019,) explicitou que as mulheres são as maiores responsáveis

por prestar o cuidado para com os filhos e as filhas. A pesquisa aponta que em 2019 a presença de crianças com até 3 anos de idade nos domicílios teve interferência no nível de ocupação das mulheres entre 25 e 49 anos. Entre as que têm a presença de crianças com esta idade em casa, a taxa de inserção no mercado de trabalho ficou entre 54,6%, contra 67,2% daquelas que não possuem. A diferença entre homens e mulheres chegou a 34,6 pontos percentuais, já entre os homens que convivem com crianças de até 3 anos de idade, 89,2% estão inseridos no mercado de trabalho.

O cuidado materno impacta de modo diferente na vida das mulheres, a depender também de sua classe social. Conforme Biroli (2018), mulheres que ocupam lugar nas camadas mais pobres da população não costumam viver a maternidade em tempo integral, mas a condição de desemprego pode ter influência neste processo. Ainda, a escolha delas é influenciada pelas dificuldades que encontram em conciliar o exercício do trabalho remunerado e o cuidado com as crianças, em contextos nos quais as relações familiares de dependência se transformaram.

A respeito do modo como as relações familiares estão constituídas e o modo como tal constituição irá impactar na vida das mulheres, é necessário considerar que, embora a família nuclear seja o ideal que orienta as formas de organização da vida familiar, ela não é universal. A família constituída pela mãe, o pai e os/as filhos/as é apenas uma forma de constituição de organização familiar. Neste sentido, as mulheres podem vivenciar a maternidade em diferentes arranjos e contextos, contando ou não com parceiros/as na criação dos/as filhos/as.

De acordo com o Observatório Nacional da Família (2020), os arranjos familiares no Brasil se modificaram ao longo dos anos. Com o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e as mudanças culturais no que tange as organizações familiares, entre 1995 e 2015, houve uma redução de 57,7% para 42,3% do número de casais com filhos/as no país. Por outro lado, o percentual de famílias monoparentais, aquela constituída por mãe e filhos/as, aumentou de 15,8% para 16,3% neste mesmo período. No tocante às diferenças associadas à raça, o número de mulheres negras de família monoparental é proporcionalmente maior que as mulheres brancas na mesma condição. Em 2015, mulheres negras representavam 17,6% e as brancas 14,9%.

Diante do exposto, nota-se que as mulheres, por sua condição de gênero, são frequentemente responsabilizadas pelo cuidado com os/as filhos/as, seja nos arranjos familiares tradicionais ou nos novos arranjos familiares. Além disso, conforme

expresso pelo profissional 4, verifica-se que, o exercício da maternidade tem sido utilizado como uma motivação para a busca do tratamento de saúde das mulheres atendidas nos CAPS AD III:

Eu acho que é um belo fator motivacional, a gente tem vários exemplos de mulheres que buscaram o nosso serviço por esse motivo e conseguiram ficar abstinentes e reestruturaram a vida, restituíram vínculos, claro não é o ideal, o ideal seria querer vir se tratar e tratar a dependência química, mas enquanto fator se pesando [sic], eu acho que é um bom estímulo para elas, inclusive a gente tem casos de pacientes que conseguiram ficar abstinente chegando com essa proposta, eu quero porque eu quero meus filhos de volta (Profissional 4).

De acordo com o relato da profissional, o exercício da maternidade tem se apresentado como um fator motivacional no tratamento para a dependência química. No entanto, a profissional reconhece que este não é um fator ideal, mas que pode se caracterizar enquanto estímulo para o tratamento. A respeito disso, Silva (2014) expressa que há equipes que ao realizarem um trabalho específico para as mulheres acabam reforçando alguns estigmas e estereótipos. Na instituição pesquisada pela autora, a maternidade foi utilizada como objeto motivador da abstinência e de transformação da vida destas mulheres. No local foram promovidas atividades a fim de integrar o papel de ser mulher e de ser mãe, diante disso a autora revela que:

[...] durante o grupo de mulheres os diálogos e intervenções profissionais buscam motivá-las a ser uma mãe exemplar, responsável pelo cuidado da prole, dando a estas mulheres a responsabilidade de serem exemplos de moralidade aos seus filhos (SILVA, 2014, p.84).

Embora essa estratégia esteja sendo usada como motivadora para o processo de abstinência do uso de drogas, ela reforça o senso comum de que a maternidade se caracteriza como o principal papel e finalidade existencial da vida de uma mulher. Além disso, a possibilidade de não corresponder a essa expectativa do/a profissional e da própria sociedade pode ter efeito contrário do objetivo esperado, aumentando a existência da culpa daquela que não cumpre a maternidade de forma “adequada” e ampliando as chances de incidência e recaídas (SILVA, 2014).

Diante do exposto, contata-se que, em geral, as mulheres chegam aos CAPS AD III encaminhadas pelo judiciário para cumprimento de algum tipo de mandado

judicial que possibilite a recuperação da guarda dos/as filhos/as. Este têm sido o principal motivo para que elas iniciem o tratamento para dependência química. A respeito disso, a profissional 11 explicita que

[...] são mulheres com mandato de ofício judicial, então são mulheres que normalmente a vara de infância encaminha, porque teve alguma denúncia de abuso ou de situação de vulnerabilidade do menor e aí encaminham elas aqui para fazer avaliação e para ver se está em uso ou não para a gente poder propor o tratamento ou não e essas mulheres que normalmente vêm, grande parte delas negam o uso e assim, por mais que elas estejam fazendo e está ali a questão da guarda, do filhinho em jogo, elas não conseguem se desprender dessa questão judicial e vem aqui negando o uso e não conseguem fazer o tratamento adequado, porque elas acabam negando, elas sofrem o processo de sensibilização, mas não se inclui [sic] porque elas acabam batendo na tecla da abstinência e que nem sempre é verdadeiro (Profissional 11).

O mandado judicial motivou, em grande parte dos casos, a inserção das mulheres no serviço ofertado pelo CAPS AD III. Devido o acolhimento de seus/suas filhos e filhas, estas iniciaram o tratamento de saúde. A determinação judicial visou proteger as crianças e os/as adolescentes, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescentes (ECA), que prevê a inclusão de pais/mães ou responsáveis em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoolistas e toxicômanos/as (BRASIL, 1990). Inseridas neste espaço, as mulheres, por vezes negam o uso ou propõem-se a ficar abstinentes para retomar a guarda e o convívio com os/as filhos/as. No entanto, esta conduta gera um prejuízo ao tratamento, pois negar o uso da substância pode impedir a ocorrência de um tratamento adequado de saúde. Além disso, trabalhar com a perspectiva da redução de danos, ao invés da abstinência, tem sido mais eficaz no tratamento para dependência química.

Em conformidade com Silva (2014), verifica-se que é comum entre a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde destinados ao atendimento de dependentes químicos/as, esperar um resultado comum, a abstinência. Contudo, este não precisa ser o único resultado possível, ou o único objetivo esperado no tratamento para a dependência química. Aqui devem ser consideradas também as ações de redução de danos. Neste sentido, espera-se que os/as profissionais e os serviços de saúde possam acolher com respeito e sem preconceitos as escolhas dos indivíduos, sendo capazes de avaliar o que é possível e necessário para responder as demandas que se apresentam nestes espaços, sempre engajando-os neste processo, para que

juntos/as possam traçar estratégias na defesa de sua vida. Os resultados esperados com tais ações podem levar a um grau maior de liberdade e de corresponsabilidade dos/as usuários/as, e o reforço do vínculo terapêutico.

Para a profissional 6, quando as mulheres chegam ao serviço motivadas pelo mandado judicial, mesmo tendo a maternidade como estímulo, o tratamento tende a não ser tão efetivo, pelo fato da obrigatoriedade imposta pela medida judicial. Para a participante:

[...] eu não vejo tanta efetividade porque primeiro que o [sic] paciente vem para cumprir uma medida, ele [sic] já vem sem querer estar aqui, ou muitas vezes o juiz coloca para diminuir pena, aí ele [sic] vem e ele não se empenha no tratamento, muitos não acham que são dependentes [...] (Profissional 6).

Diante do exposto, verifica-se que recuperar a guarda dos/as filhos/as para o exercício da maternidade tem sido um dos principais motivos para que as mulheres iniciem o tratamento de saúde para a dependência química. Entretanto, este não é o único motivo que leva as mulheres a procurarem o atendimento ofertado pelos CAPS AD III. A respeito disso, os/as profissionais 3 e 4 explicitam que

na verdade, as mulheres procuram menos o tratamento, ou elas vêm por encaminhamento da rede, por ter sofrido algum tipo de violência, estar no abrigo de mulheres ou encaminhada pelo conselho tutelar ou por via ofícios judiciais por conta da guarda dos filhos, que daí às vezes vem o casal também né, mas a maioria são as mulheres que [são mãe solteiras [sic] [...] (Profissional 3).

Vulnerabilidade extrema, seja por estar sofrendo violência ou a família não quer mais [sic], deu um ultimato e elas vêm porque não tem mais opção, bom, qualquer forma de vulnerabilidade, às vezes a prioridade não é porque é dependente e precisa se tratar, mas por algum motivo ela enxerga que está tendo prejuízo e se ela não tomar uma atitude não vai dar certo, então ela procura a gente seja porque a família deu um ultimato ou porque está em situação de rua ou está sofrendo violência, a outra coisa bem recorrente é quando perdem a guarda das crianças ou as crianças são acolhidas e esta ali em processo judicial, eu acho que fora a dependência esse é o maior motivo das mulheres procurarem para conseguir a guarda dos filhos que foram acolhidos ou alguma coisa nesse sentido (Profissional 4).

A partir das entrevistas foi possível notar que há casos em que a própria dependência de drogas não se constitui como o principal motivo para a busca do serviço. No caso das mulheres atendidas nos CAPS AD III, a busca pelo tratamento ocorre, principalmente, devido à necessidade de retomar a guarda dos/as filhos/as que se encontram em acolhimento institucional. Além disso, a violência praticada contra as mulheres, assim como a situação de rua, em alguns casos, constitui-se como situações vivenciadas por elas.

No que tange a violência perpetrada contra as mulheres, esta apresenta-se frequentemente na vida das mulheres que realizam o tratamento para a dependência química. No ambiente doméstico e familiar, diversas formas de violência<sup>30</sup> são perpetradas contra elas, seja a violência física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial. Conforme a definição dada por Safioti (2015, p.18) “trata-se a violência como ruptura de qualquer forma de integridade sexual, integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”. As práticas mais comuns de violência contra a mulher são a violência doméstica, familiar e violência letal.

Conforme revela o Atlas da Violência, elaborado pelo Fórum Brasileiro de Segurança, em 2019, cerca de 3.737 mulheres foram assassinadas no país. Este número é 17% menor que no ano anterior e a diminuição segue uma tendência nacional do número de homicídios entre homens e mulheres. O que se diferencia são as indicações de causa morte. Entre as mais de 3 mil mulheres mortas de forma violenta, não há indicação da causa – se homicídio, acidente ou suicídio (IPEA, 2021).

Entre as vítimas, destacam-se as mulheres negras. As mesmas representam 66% das mulheres assassinadas no país. De acordo com informações contidas no Atlas, o risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra, ou seja, para cada mulher não negra morta, morrem 1,7 mulheres negras. Neste sentido, é necessário elucidar que a redução da violência letal não se traduziu na redução da desigualdade racial. A respeito disso, outro dado revela que esta realidade só aumenta, “[...] em 2009, a taxa de mortalidade de mulheres negras era 48,5% superior à de mulheres não negras, e onze anos depois a taxa de mortalidade de mulheres negras é 65,8% superior à de não negras” (IPEA,

---

<sup>30</sup> De acordo com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) Art. 7º: São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: I - a violência física; II - a violência psicológica; III - a violência sexual; IV - a violência patrimonial; V - a violência moral (BRASIL, 2006).

2021, p. 38). O ambiente domiciliar destaca-se como local de maior vulnerabilidade para as mulheres em comparação aos homens. De acordo com o IBGE (2019, p. 11)

[...] entre as mulheres, a proporção de homicídios cometidos no domicílio tem maior vulto. De fato, em 2018, enquanto 30,4% dos homicídios de mulheres ocorreram no domicílio, para os homens, a proporção foi de 11,2%. Entre as mulheres, as pretas ou pardas tinham maiores taxas de homicídio que as mulheres brancas, tanto no domicílio, quanto fora dele. No domicílio, a taxa para as mulheres pretas ou pardas era 34,8% maior que para as mulheres brancas; fora do domicílio era 121,7% maior.

No Brasil, em 2015 a Lei nº 13.104 (BRASIL, 2015) incorporou a natureza “feminicídio” ao Código Penal. Enquanto uma qualificadora do crime de homicídio, considera-se o feminicídio um tipo específico de homicídio doloso, cuja motivação relaciona-se ao desprezo pelo gênero feminino. Em 2019 foram registrados 1.246 feminicídios nas residências, o que representa 33,3% do total de mortes violentas de mulheres. Entre 2009 e 2019, o feminicídio de mulheres nas residências cresceu 10,6%, já os assassinatos fora das residências apresentaram redução de 20,6% no mesmo período, o que indica um provável crescimento da violência doméstica (IPEA, 2021).

Os instrumentos frequentemente utilizados para o cometimento do crime, são armas brancas, que representam 54,2% dos registros de crime de feminicídio. Nos crimes fora das residências, os instrumentos mais utilizados são as armas de fogo e representam 35,5% dos crimes registrados (IPEA, 2021). Isto ocorre, pois, em geral, os crimes cometidos neste ambiente doméstico não são premeditados, diferente do homicídio, que exige planejamento (SAFIOTI, 2015).

A pesquisa divulgada pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública no ano de 2022, revelou que durante o ano de 2021, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) registrou 67.779 denúncias de violência doméstica contra a mulher, das quais 8.033 referiam-se a violências cometidas por descumprimento de medidas protetivas. Ou seja, 12 % das denúncias de violência domésticas recebidas pela Ouvidoria tinham relação com agressões cometidas em descumprimento destas medidas. Nota-se que estas mulheres já tinham sido vítimas de violência doméstica anteriormente. Além disso, de acordo com o anuário, os casos de feminicídio podem estar associados à incapacidade de garantir a eficácia das medidas protetivas de urgência.

Além disso, tal tipo de violência configura-se como uma violação dos direitos humanos. Em 2006, a Lei nº 11. 340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, traz como principal objetivo a proteção da mulher contra a violência doméstica e familiar. De acordo com a legislação, “[...] configura-se como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006, n.p). Embora a legislação seja um avanço no que tange as violências cometidas contra a mulher, o número de casos de violência doméstica e feminicídios sinaliza uma possível falha do Estado no que tange à garantia dos direitos previstos em lei.

Dentro das casas, os maiores agressores são os companheiros, mas a violência também pode ter outros agentes, inclusive outras mulheres. A Lesão Corporal Dolosa (LCD) é o crime mais cometido por homens contra mulheres, em especial entre casais que vivem no mesmo domicílio. Tais violências podem se caracterizar como violência de gênero, a qual é perpetrada, em maior proporção, pelo homem contra a mulher. Compreendida como uma violência de gênero, a violência familiar pode ocorrer dentro ou fora do ambiente domiciliar, não ocorre de modo aleatório, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino (SAFIOTI, 2015).

De acordo com Biroli (2018), a violência doméstica afeta, principalmente, as pessoas mais vulneráveis do grupo familiar: crianças, idosos/as e mulheres não idosas. A violência contra a mulher vincula-se, sobretudo, na construção social do feminino subordinado ao masculino. Nas situações de violência doméstica, em geral, o homem usa a agressão como mecanismo para exercer domínio sobre a mulher. Em relação à violência doméstica,

[...] ela é um dos principais aspectos a ser levado em consideração no tratamento das mulheres usuárias de substâncias, pois em muitos casos, o uso funciona como mecanismo de defesa, e associa-se ao abuso ou à persistência do consumo, sendo motivos de recaídas, embora não seja fator a ser analisado isoladamente. Alguns sinais e sintomas podem estar presentes em mulheres dependentes químicas: isolamento, culpa, vergonha, baixa estima, dificuldade em tomar decisão [...] (CUGLER, 2018, p. 79).

A profissional 5 expressa as dificuldades que podem ser enfrentadas para que as mulheres que sofrem violência estejam no serviço. Um limite é a própria relação

com o abusador, que pode impedir que as mesmas o acessem. Segundo a profissional,

eu acho importante, e às vezes a gente ter esse olhar mais profundo para a mulher [sic], é difícil em algumas situações como de violência, de uso, abuso frequente, a mulher conseguir vir para unidade e pedir ajuda, porque muitas vezes em casa quem provê as coisas é o homem, é o próprio abusador, então às vezes é difícil a gente conseguir trazer essa mulher para o nosso cuidado diário [...] (Profissional 5).

Assim como expresso pela profissional 5, a exposição da profissional 4, evidencia que as situações de violência se apresentam frequentemente na vivência das mulheres dependentes químicas:

Eu acho que a violência, violência sexual, violência psicológica, dos relacionamentos abusivos. Eu acho que na vida da mulher é um discurso quase unânime, na grande maioria das histórias delas isso está presente em algum momento, seja lá atrás na infância que sofreu um estupro porque o pai era abusivo em casa, não necessariamente sexualmente, mas esse relacionamento familiar tóxico e abusivo então é quase que unânime nos discursos das mulheres de terem essas situações e os homens por vezes são os agressores, claro eu estou generalizando, muitos homens tem seus traumas também, suas violências e tudo mais, mas a grande maioria eu acredito que eles se tornam os agressores, eles tem mais esse histórico de agressividade, da família não aguentar mais e dele fazer a família sofrer, nesse sentido [sic] (Profissional 4).

Visto isto, nota-se que são frequentes os atos de violência de gênero praticados contra mulheres dependentes de drogas, em que os maiores violadores são aqueles com quem elas têm algum vínculo afetivo. Segundo Saffioti (2015), a violência doméstica ao ocorrer dentro de uma relação afetiva, necessita de intervenção externa para que seja rompida. São raros os casos nos quais uma mulher consegue desvincular-se de um homem violento sem a interferência de agentes externos. Até que a ruptura ocorra, pode ela estabelecer movimentos de saída e retorno para a relação. Este é o chamado ciclo da violência, e diante deste fenômeno há quem as considere passivas ou cúmplices de seus agressores. No entanto, para que pudessem ser cúmplices ou consentir com as agressões, teriam que desfrutar de igual poder e os mesmos privilégios dos homens, o que não ocorre.

Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque o macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim o determina (SAFFIOTI, 2015, p. 90).

Para Saffioti (2015), a violência tem como um de seus fundamentos as relações de poder que perpassam as vivências de homens e mulheres. O poder possui duas faces: uma em que prevalece a potência, que se vinculam à força e ao exercício do poder por parte da figura masculina, e uma associada à impotência, que se vincula às mulheres, as quais são socializadas para conviverem com a mesma. Para a autora, os homens, por conviverem mal com a impotência, quando entram em contato com ela praticam atos violentos. Neste sentido, é possível associar a violência doméstica com as desigualdades, o pauperismo e o desemprego. Prover as necessidades familiares constitui-se enquanto um definidor de masculinidade. Quando perde este *status*, para o homem sua virilidade é atingida, por subverter o que a autora denomina como hierarquia doméstica. Contudo, embora tenha influência, tal fato não caracteriza-se como o único determinante para a ocorrência da violência doméstica, a qual também pode acontecer em classes mais abastadas.

Ademais, diferentemente das mulheres, em que as situações ligadas a violência e ao cuidado com os filhos perpassam suas vivências dentro e fora da serviços, inclusive, influenciando na busca pelo mesmo, os homens procuram o tratamento de saúde nos CAPS AD III motivados por outras questões. Conforme expressa a profissional 1:

[...] quando você trata as diferenças entre homens e mulheres, a mulher tenta parar para não perder a guarda dos filhos, o homem tenta para não perder a companheira (Profissional 1).

Vem junto a questão de “ah eu quero fazer o tratamento pra tentar parar de usar drogas ou diminuir o consumo que seja porque eu quero recuperar meu emprego porque eu preciso de uma renda [sic], mas também porque também [sic] o meu filho está com a família acolhedora, então eu quero recuperar esse vínculo ou então o meu filho está morando com a minha mãe”, então sempre aparece isso e nos homens muitas vezes a demanda ela se esgota [sic] e fica muito mais focada na questão laboral em si, tanto que a gente acaba levantando mais pros homens a questão familiar, algo que surge aparentemente mais naturalmente para as mulheres (Profissional 9).

Os homens eu vejo que são prejuízos familiares, então eles estão começando a ter perdas de trabalho, perdas de vínculos familiares, a família meio que obriga a vir fazer tratamento ou o quadro clínico já está modificando em algum sentido e eles estão começando a ter prejuízo (Profissional 11).

Em geral, os homens procuram o atendimento motivados pelos prejuízos que se apresentam em suas relações familiares. Embora, para o profissional 9, as questões atreladas à família aparecem mais “naturalmente” para as mulheres. Para Rosana Machin *et al.* (2011), há elementos constitutivos da identidade feminina, que acabam, por vezes, sendo remetidos ao campo biológico, permitindo que sejam associados àquilo que é tido como “natural”, não sendo referenciado como cultural.

Outra questão que chama atenção é o fato de os homens possuírem o apoio familiar para que iniciem o tratamento de saúde, diferentemente, a “mulher vem sozinha, sem apoio de ninguém, como eu já comentei e o homem vem sempre na companhia de alguém” (Profissional 6). De acordo com Sousa (2011, p. 33),

[...] ao procurarem tratamento, em geral as mulheres trazem consigo muitas questões emocionais, problemas da infância, baixa estima, tendência a autodestruição. Mais do que os homens, elas buscam sozinhas os serviços específicos e evitam que outras pessoas saibam o que está acontecendo, por isso, aparentam ter mais dificuldade no tratamento.

Entre as mulheres que buscam o serviço, há um perfil carregado de complexidade, associado a outros transtornos e que podem explicar a pouca adesão ao tratamento de saúde, conforme a explanação da Profissional 11:

[...] a maioria etilista, tivemos grande parte de bariátrica associada a etilismo, tivemos algumas mulheres com o uso do *crack* associado à perda de peso e mulheres que a partir da experimentação acabaram desenvolvendo. Algumas mulheres também que vieram com diagnósticos associados como a esquizofrenia ou alguma doença intelectual e ia acabar fazendo [sic] a utilização da substância e aí a gente vê um grau de comprometimento cognitivo também, mas em termo de número, de passagem de mulheres no serviço, muitas delas vêm, mas não se fixam ao serviço [...].

Ao apresentar o perfil das mulheres que buscam o serviço, a profissional 11 revela que estas, em sua maioria, têm o álcool como a principal substância de uso.

Além disso, a dependência desta substância, bem como do *crack* relaciona-se à necessidade de perda de peso para cumprimento de um padrão estético. As mesmas possuem também algumas comorbidades associadas à dependência química, com destaque para a esquizofrenia e a deficiência intelectual. Além disso, conforme apresentado anteriormente, muitas delas não aderem ao tratamento.

Outro ponto que chama atenção com relação às pacientes, refere-se à situação de vulnerabilidade que as acompanha. Muitas delas já são atendidas por algum serviço da rede, mas devido às suas demandas, necessitariam do acompanhamento do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Para as profissionais 6 e 7:

Eu vejo que são mulheres que são mais vulneráveis, que geralmente já estão sendo atendidas pela rede, que deveriam pelo menos ser atendidas por um CRAS, CREAS, sofrem violência, então geralmente buscam tratamento quando a situação já está crítica (Profissional 6).

Acho que dá para pensar sim, que as mulheres que a gente atende aqui em geral elas têm histórias traumáticas, os pacientes como um todo, mas as mulheres, não tenho estatísticas para te falar assim, mas é algo bem recorrente no consultório, história de abuso prévias e atuais, então é um público bastante vulnerável assim [sic], nesse sentido, bastante exposto a este tipo de ocorrência abusos [sic] de todos os tipos, físicos, psicológicos enfim (Profissional 9).

Até o dado momento foi possível constatar que as questões de gênero têm desdobramentos que dificultam o acesso e a adesão ao tratamento de saúde de mulheres dependentes químicas. Estas enfrentam uma realidade permeada pela violência, a opressão e pelo estigma de serem usuárias de drogas. Deste modo, notam-se que as relações de gênero vinculadas às desigualdades dirigidas às mulheres, têm aparecido no cotidiano das intervenções profissionais nos CAPS AD III. Diante disso, a profissional 6 expressa que:

[...] se as mulheres tivessem mais apoio, se principalmente se a sociedade não olhasse tanto para elas com esse olhar julgador elas buscariam tratamento antes, se elas tivessem mais voz né, primeiro que eu acho que se a situação toda fosse diferente talvez elas não estariam tanto nessa situação de dependência, porque eu vejo que muitas começam porque a relação já está abusiva antes [sic], então eu vejo que elas já buscam na substância alguma fuga, muitas já usam a substância de uma forma obrigada, obrigada a usarem, obrigadas a vender, então acho que daí também têm outras questões. Pede para

uma mulher hoje atualmente fazer uma denúncia, como é que ela é ouvida, não é tão fácil, quando uma mulher relata uma violência aqui, muitas vezes a gente está optando por chamar a delegacia da mulher aqui para ouvir esse relato do que pedir para que ela se encaminhe sozinha. Então para sair de uma relação abusiva que vai favorecer todo tratamento da dependência também, não é simplesmente falar vai lá e faz um boletim de ocorrência, então tudo isso faz diferença no tratamento. Há desigualdade de gênero! Para você se impor, não é simplesmente você falar “se empodere”, não é assim, ela não tem habilidade que eu tenho, não teve as chances que eu tive, não tiveram a realidade que eu saí [sic], então a gente tem que pensar por tudo isso [...] então tem que olhar essa realidade que ela vive, a diferença entre um homem e uma mulher começa ali na força que ele tem, então a habilidade que ela vai ter de lidar com tudo isso, faz toda a diferença e nós meninas somos ensinadas desde meninas que a gente não fala com eles de uma certa forma, então a gente precisa mudar isso aí, se nós não somos ensinada [sic] isso cabe a nós profissionais muitas vezes [...] (Profissional 6).

As construções culturais e históricas refletem as ações cotidianas das mulheres atendidas pelos CAPS AD III. Verifica-se que as mulheres encontram barreiras sociais, inclusive, para denunciar os casos de abuso em que estão submetidas, elas também enfrentam o olhar de julgamento e preconceito da sociedade. Além do mais, de modo consciente ou não, algumas delas buscam enfrentar tais vivências pela via do uso da SPA. De acordo com o relato apresentado pela profissional 6, verifica-se que existe um contingente de mulheres que utilizam e vendem substâncias psicoativas por serem obrigadas por seus companheiros.

Dentro das relações abusivas, estas são oprimidas e violentadas, o que impede a efetividade do tratamento de saúde. Frente a isto, a profissional aponta como alternativa o empoderamento feminino, no entanto, reconhece a dificuldade em exercitar ações com esta finalidade para este público específico. Contudo, aponta como alternativa o trabalho desenvolvido pelos/as profissionais a fim de promover ações educativas dirigidas às mulheres que sofrem com tais opressões.

Vê-se até aqui que as relações de desigualdades de gênero marcam as histórias de vida das dependentes químicas. Tais desigualdades puderam ser constatadas por meio dos relatos dos/as profissionais, os/as quais chamam atenção para as situações de violência vivenciadas por elas, por meio da dependência financeira e dos múltiplos papéis e jornadas que lhes são designados, pela responsabilização delas com os cuidados de seus/suas filhos e filhas e de outras pessoas, por intermédio da necessidade de atender aos padrões de beleza

socialmente instituídos ou pela perda do direito à maternidade, devido ao uso da SPA.

Os relatos dos/as profissionais permitem evidenciar que as mulheres além de enfrentarem fatores externos, que condicionam e impactam no tratamento de saúde, também terão que lidar com fatores que se apresentam dentro do serviço de saúde e que podem ter influência no atendimento ofertado pelos CAPS AD III, o que fica expresso na fala dos/as profissionais 9 e 11:

[...] daria para falar por exemplo na questão machista que pode dificultar o acesso de alguns grupos, nós tivemos uma paciente transgênero e infelizmente não seguiu conosco, ela ficou um tempo aqui na nossa unidade de acolhimento e tinha uma condição bastante grave que demandou a internação, infelizmente demanda último recurso terapêutico que a gente tem, mais naquele caso foi necessário a internação e depois dessa internação, apesar de orientada a voltar e seguir com a gente ela não voltou mais (Profissional 9).

[...] nós já tivemos duas pacientes trans que vieram aqui em tratamento e foi muito difícil a inserção delas aqui, porque a sociedade é muito preconceituosa, eu não via uma dificuldade da equipe porque a equipe é muito aberta e é trabalhado isso, mas dos pacientes, dos pacientes de aceitarem essa trans aqui dentro e aí teve conflitos, teve briga e aí acabou não aderindo a proposta e teve até a própria pessoa a gente teve intervenção e a fala dela foi “já estou acostumada com isso, já é normal para mim, nem reparei porque eu vejo isso todo dia”, e é nesses pequenos acontecimentos que a gente vê muito forte o preconceito de gênero feminino [...] (Profissional 11).

Evidencia-se que a adesão ao tratamento também tem sido determinada e influenciada pelo preconceito e pelo machismo dirigido às mulheres transexuais. Em alguns casos, as mesmas não aderem ao tratamento de saúde por conta destas motivações. Mediante a explanação dos/as profissionais foi possível observar que mesmo diante da gravidade da condição de saúde, a paciente não permaneceu, tão pouco retornou ao serviço, conforme recomendado, devido à sua condição de gênero. No segundo caso, o preconceito também foi determinante para que o tratamento fosse cessado. Situação que é vivenciada pela mesma, dentro e fora do serviço de saúde, o que fica evidente quando a profissional expressa que: “a fala dela foi ‘já estou acostumada com isso, já é normal para mim, nem reparei porque eu vejo isso todo dia’”. Ou seja, o preconceito é recorrente em sua vida. Além disso, representa um limite para acesso ao direito à saúde.

Preconceito este que pode, inclusive, levar a situações de violência. A violência marca a vivência das inúmeras representações de feminilidade. No caso das mulheres transexuais podem ser vivenciadas de inúmeros modos e em espaços diferentes, com repercussões para sua sobrevivência. Sobre isso, o *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 (2021)* revelou que o assassinato de pessoas trans cresceu 75% em dez anos, o motivo pode estar associado ao fato de não haver políticas públicas eficazes de proteção. Em 2020, por exemplo, 100% (175) das pessoas trans assassinadas eram mulheres trans ou travestis. As vítimas, em sua maioria tinham idade entre 15 e 29 anos, sendo 78% negras e 19% brancas. Deste modo, o perfil em que incidem com mais frequência os assassinatos é o da mulher trans, negra e pobre, mais próximo do ideal de “travesti” comumente apresentado pela sociedade

Frente a isto, os padrões e a opressão associados ao sistema patriarcal e a heteronormatividade puderam ser visualizados por intermédio dos relatos. Os preconceitos proferidos pelos pacientes do gênero masculino, direcionados às pacientes transexuais, dificultaram a permanência delas no tratamento de saúde mental. Constata-se ainda que são exceções os casos em que as mulheres trans dependentes químicas aderem ao tratamento, a maioria delas não chega ao serviço do CAPS AD III ou quando chegam não retornam. De acordo com a profissional 3:

[...] a gente teve uma trans acolhida aqui, no início deste ano, que aderiu ao tratamento e era bem legal, inclusive ela já foi miss e tudo mais, mas daí ela também tinha uma questão dela, era toda empoderada e ela mesmo buscou o tratamento enfim. Mas elas não buscam, é muito raro mesmo, eu sei de três, devem ter mais, mas alguns acabam nem chegando no nosso conhecimento porque elas vêm para a porta de entrada e não voltam mais, claro que esse número deve ser muito maior [...] (Profissional 3).

A partir do relato algumas questões puderam ser pensadas, a primeira delas é a constatação de que por não procurarem o serviço, é desconhecida a quantidade aproximada de mulheres transexuais dependentes de SPA que precisam do tratamento de saúde ofertado pelo CAPS AD III. Avista-se que as que chegam e permanecem, estão ali porque procuraram atendimento por conta própria, além do mais, se colocam em uma condição de empoderamento, o que contribui para que permaneçam no espaço. Segundo Esther Guedes da Silva Oliveira (2020, p. 104),

[...] o modelo cis-heteronormativo refuta as diversas possibilidades de vivenciar outras sexualidades, em particular pelo sujeito que desconstrói o binarismo de gênero. Esse padrão binário e rígido, historicamente posto, acarreta discriminações, preconceitos e violências para a população LGBT. Diante desse fato, a literatura científica e o Ministério da Saúde reconhecem que o preconceito e a discriminação voltados para esse segmento da população são determinantes sociais da saúde, pois compreendem que eles acarretam vulnerabilidades específicas, que se configuram em barreiras simbólicas. Estas inviabilizam o acesso, interferindo na qualidade da atenção e podem provocar processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura dessa população.

De maneira mais geral, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2009) reconhece a sexualidade, assim como a identidade de gênero, como determinação social da saúde. A mesma busca promover ações voltadas para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, tendo em vista a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos. Em vista disso, Oliveira (2020), explica que sensibilizar e qualificar profissionais de saúde para as necessidades dessa população é fundamental para garantir-lhe o direito à saúde. No entanto, os currículos das graduações em saúde, em geral, não incorporam tais questões.

Diante disso tudo, verifica-se que as mulheres atendidas nos CAPS AD III estão em número menor em relação aos homens. Grande parte delas não chegam a este serviço devido aos preconceitos, estigmas e discriminações. Essas mulheres encontram-se em situação de vulnerabilidade e buscam o atendimento do CAPS AD III em condições extremas, não apenas pela gravidade da doença, mas quando perdem a guarda dos/as filhos/as ou em casos de violência. No caso das mulheres transexuais, foram poucas que frequentaram e aderiram ao tratamento de saúde. Assim, diante das demandas apresentadas, fica evidente que a condição de saúde e o tratamento dispensado necessita que sejam observadas questões relativas ao gênero. No entanto, o atendimento ofertado para homens e mulheres nestes espaços ocorre sem distinção, sem observar as particularidades que carregam cada gênero, questão evidenciada na entrevista dos/as profissionais 1, 2 e 10:

Nós olhamos para o indivíduo. Não tem como manter o mesmo tratamento para todos, é diferenciado o tratamento para cada pessoa, a pessoa vai trazer a demanda dela, a gente vai atuar dentro daquela demanda e ver o que vamos fazer para auxiliar. Então, obviamente, acaba tendo diferença por causa da pessoa, indivíduo, mas existem situações onde você tem que trabalhar algumas coisas específicas,

até porque muitas mulheres quando vêm, elas têm mais preconceito em si, da própria dependência, por que a mulher acaba sendo mais discriminada pelo uso [sic] [...] (Profissional 1).

Eu acredito que a gente tenta não diferenciar, apesar das particularidades de cada um o feminino e o masculino, mas a gente tenta tratar de modo humanizado, seguindo bem os princípios que o SUS tem (Profissional 2).

Não há distinção, porque assim a rotina que eles recebem lá dentro é a mesma, os outros horários são os mesmos, as atividades que a gente faz para homens e mulheres são as mesmas (Profissional 5).

[...] todos são tratados de maneira igual, com respeito e depende do grau de doença, aí a gente mobiliza uma parte da equipe, mas todos eles são atendidos de acordo com a necessidade dele, com a doença de base dele (Profissional 10).

Em conformidade com o relato dos/as profissionais, o serviço olha para o indivíduo ou para a pessoa, não para o gênero. Assim, promove um tratamento diferente para cada paciente, de acordo com as demandas advindas da dependência química. Neste caso, não são observadas questões relativas ao gênero. Embora a profissional 1 reconheça que as questões ligadas ao gênero feminino permeiam a realidade das pacientes, revela que há questões que precisam ser trabalhadas com as mulheres individualmente.

Por outro lado, a profissional 2 expressa que o atendimento deve ser igualitário, apesar das demandas serem diferentes. A profissional enaltece que o tratamento igualitário está em consonância com os princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, segundo a profissional 5 não há distinção no atendimento no que tangem as atividades que os/as pacientes participam, os horários e as rotinas. Assim como o relato da profissional 10, que preconiza a prevalência do respeito e do atendimento igualitário.

Convergindo com os conteúdos apresentados na segunda seção deste trabalho, o atendimento igualitário é de fato um princípio que estrutura o SUS. Por intermédio dele todas as pessoas podem acessar os serviços de saúde sem distinção, de qualquer forma, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a). No entanto, é admitida a noção de equidade, a qual permite que o atendimento de saúde ocorra de modo diferenciado aos/às que necessitam de

condições diferenciadas de atendimento, de acordo com suas demandas e requisições (PAIM, 2009).

Para Raquel Maia Sanches e Rosana Mesquita Ciconelli (2012), a noção de equidade pode ser representada de duas formas distintas. No primeiro caso, é expressa como equidade horizontal, aqui o tratamento ocorre de modo igual para indivíduos iguais. No segundo caso, é apresentada a equidade vertical, nesta o tratamento ocorre de modo desigual considerando que os indivíduos são desiguais, e por serem diferentes, possuem, em geral, necessidades distintas, portanto a equidade vertical consegue, na maior parte das vezes, representar melhor o conceito de justiça social. Em consonância com isto, a exposição da profissional 3 expressa que:

E quando a gente fala de CAPS a ideia não é essa, então nesse sentido a gente precisa mudar muito, evoluir muito, porque realmente a gente não está tendo um olhar mais voltado para a questão de gênero, é tipo todos os pacientes [sic], mas cada um tem suas singularidades sim, mas além disso, de questão de personalidade, tem essa questão de gênero. Porque é a gente que vê lá no atendimento individual, que normalmente é atendimento psicológico, vai aparecer muita coisa e aí a gente vai trabalhar (Profissional 3).

Por intermédio da explanação, nota-se a necessidade em dar ênfase para as singularidades de gênero experienciadas pelos/as usuários/as dos serviços de saúde. Deste modo, embora prevaleça um atendimento pautado na individualidade de cada paciente, devem-se considerar, no atendimento de saúde, as questões de gênero.

Outra situação que perpassa a vida das mulheres atendidas nos serviços, refere-se às situações de desrespeito e preconceito. De acordo com a profissional, o assédio sofrido pelas mulheres tem impactado diretamente no tratamento, ocasionando a desistência das pacientes. Assim, para que seja eficaz, o atendimento ofertado nos serviços de saúde deve ser equitativo, por meio do qual busca-se a justiça social. No caso dos CAPS AD III, a diferenciação do atendimento entre homens e mulheres ocorre, essencialmente, por meio da separação das alas ocupadas pelos/as pacientes.

Olha eu acredito que a única diferença é a separação das alas no serviço [...] (Profissional 8).

Não, eu acho que a gente até toma uns cuidados a mais para preservar essas mulheres, justamente por se tratar de um ambiente

que a gente atende mais homens, então a gente toma esses cuidados para preservar a integridade dessas mulheres. Por exemplo acomodação, portarias não tem nada que defina que a gente tenha que separar, que a gente não pode colocar na mesma ala, digamos assim, mas a gente toma esse cuidado para prevenir algumas possíveis complicações ou intercorrências durante o acolhimento, tratamento enfim (Profissional 4).

Distinção não, mas não tem essa distinção da parte do tratamento entre elas, não o que eu acho que tem também [sic] é os quartos masculinos [sic], os quartos femininos, cada um tem o seu banheiro, então a gente cuida bastante para que eles tenham essa parte [...] (Profissional 6).

A separação das alas ocorre em ambos os serviços, a mesma não segue portarias ou alguma orientação do Ministério da Saúde. A disposição dos/as pacientes em alas destinadas a homens e mulheres foi definida pelos CAPS AD III dos municípios de Cascavel e Toledo – PR, como meio, inclusive de preservar as que se encontram no serviço, conforme expresso pela profissional 4. O ato tem como finalidade preservá-las para que não sofram qualquer tipo de violação por parte dos pacientes homens que se encontram em tratamento para a dependência química. Percebe-se, neste sentido, que elas se encontram vulneráveis dentro e fora do serviço, e a separação em alas tem sido requisitada para preservá-las de algum modo.

A busca por um tratamento igualitário para mulheres e homens pode acarretar prejuízos maiores, principalmente para as mulheres, visto que as mesmas são a minoria nos serviços. Além disso, conforme Silva (2014), há particularidades no que tange o cuidado destinado à recuperação da dependência química entre homens e mulheres, isto inclui a forma como procuram atendimento e como são inseridos/as nos serviços de saúde, devido ao número de mulheres ser inferior ao número de homens, por conta do estigma e dos preconceitos dirigidos às mulheres que não cumprem o seu papel de gênero. Em alguns casos, o atendimento destinado aos homens pode assumir maior relevância no planejamento e implementação das ações de saúde mental quando comparados às mulheres. Para Gama (2006, p. 81) o enfoque no gênero

[...] tem o potencial de revelar maiores iniquidades no acesso a serviços e na forma com que homens e mulheres são tratados pelos sistemas de saúde, evidenciando o pouco cuidado que é dispensado às desigualdades e às diferentes necessidades entre homens e

mulheres na definição da qualidade da atenção. Da mesma forma, é possível dar visibilidade à subordinação dos serviços de saúde a um modelo masculino de significação da vida reprodutiva das relações hierárquicas entre profissionais de saúde e usuárias.

De acordo com Rodrigues (2015, p. 205), por vezes há uma pretensa linguagem universal que abarca homens e mulheres, e que ignora a necessidade dos atendimentos diferenciados, dispensando pouco cuidado às desigualdades e às diferentes necessidades de gênero na definição da qualidade da atenção em saúde. Assim, Mendonça (2006, p.197) expressa que “em relação ao atendimento destinado às mulheres, considera-se que há um salto qualitativo com a incorporação paulatina dos Estudos de Gênero”.

Ao realizar o uso abusivo de SPA, algumas mulheres nestas condições não procuram nenhum tipo de assistência de saúde, outras o fazem, mas podem se deparar com barreiras que restringem o acesso a estes serviços. Salienta-se que a pouca procura feminina aos serviços destinados a dependentes químicos, também pode ser consequência da falta de preparo de profissionais de saúde para atender as demandas deste público. Neste sentido, este se caracteriza como um outro fator que dificulta o andamento do tratamento destinado às mulheres, pois a falta de capacitação dos/as profissionais de saúde muitas vezes faz com que os/as mesmos/as não desenvolvam um trabalho especializado, pensando nas diferentes demandas entre homens e mulheres.

Adiante, nas entrevistas dos/as profissionais 8 e 10, constata-se que olhar para as questões relativas ao gênero no tratamento de saúde não é necessário, pois, segundo os/as mesmos/as, tais aspectos não irão impactar ou interferir no tratamento de saúde ofertado aos/às pacientes. Para o profissional 8:

Pela [sic] minha parte eu acredito que não. Você tendo a compreensão do ser humano e que qualquer um que acesse o Sistema Único de Saúde ele pode ser tratado e ser cuidado, então pela [sic] minha parte eu não vejo diferença, claro que tem sempre que respeitar independente da pessoa, ainda mais sobre as peculiaridades das mulheres, então eu tenho que saber a forma como eu me dirijo a uma mulher no atendimento, assim como homem também, tem que cuidar dessas coisas, pra mim eu não vejo diferença no atendimento (Profissional 8).

A partir da entrevista, constata-se que o que deve prevalecer é o atendimento ao ser humano, sem qualquer distinção. No entanto, o profissional não questiona o

fato da pluralidade que há entre os seres humanos, os quais compõem diferentes grupos sociais, étnicos/raciais, culturais, localidades e classes sociais, entre outras questões. Carregam particularidades que devem ser pensadas pelos/as profissionais que atuam junto a este público. Do mesmo modo, a participante 10 considera que são desnecessárias as discussões sobre gênero nos atendimentos de saúde mental. Para a mesma:

Eu acho que a gente tem tanta coisa para discutir, não sei se a gente precisa discutir desigualdade de gênero, por exemplo existem tantas doenças que a gente não conversa, por exemplo um paciente esquizofrênico não tem direito nenhum, ele nunca vai poder trabalhar, a sexualidade foi uma parte da vida dele, tão importante quanto, mas a doença é mais importante, eu não sei, eu nunca pensei nisso, porque a gente não trabalha com essas questões, quem trabalha com isso é a psicologia né, a gente trabalha mais a questão química (Profissional 10).

A partir do relato da profissional fica evidente que para a mesma o que deve prevalecer é um atendimento biologicista, que dê centralidade para os aspectos químicos e biológicos atrelados ao processo saúde-doença. A mesma desconsidera os inúmeros determinantes e condicionantes de saúde, isto inclui o gênero. Além disso, expressa que as questões ligadas às desigualdades de gênero devem ser trabalhadas por uma profissão específica, nesse caso a psicologia. Desconsidera, portanto, o trabalho realizado de modo interdisciplinar, por meio de uma equipe multiprofissional, em consonância com o que prevê a Portaria nº 130, de 2012 (BRASIL, 2012, n.p), a qual institui o CAPS AD III e expressa que entre as características de funcionamento o serviço observará: “organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos”.

Historicamente, a atenção à saúde dos/as dependentes químicos/as esteve centrada em intervenções medicamentosas, sob uma perspectiva exclusivamente biomédica, a qual orientou a separação dos/as usuários/as de seu convívio social. Estas características têm influência no cuidado psicossocial, bem como na formação dos/as profissionais de saúde, fato que pode interferir na consolidação de uma nova forma de cuidar (SILVA, 2013). Deste modo, embora,

[...] haja uma incorporação das reformas sanitária e psiquiátrica, que ampliam o conceito de saúde, é notório que as intervenções de cuidado revelam a hegemonia do modelo biomédico, centrados no

controle do corpo biológico, na medicalização, sem considerar o caráter singular da vulnerabilidade dos indivíduos. Ao traçar intervenções focadas nas pessoas, em sua biologia humana e sua organização de vida, sem compreender o contexto social em que se insere, pode-se até alcançar alguns pequenos avanços. Porém, para atuar de maneira eficaz, é necessário a compreensão desse macroambiente, a fim de promover intervenções também neste contexto (BUSS e FILHO, 2007 *apud* SILVA, 2014, p. 54).

Diante do modelo biomédico, a concepção de dependência química passa a ser caracterizada enquanto uma doença crônica, cujo determinantes são associados à hereditariedade e às disfunções neuroquímicas. A partir da perspectiva biomédica, o tratamento torna-se responsabilidade profissional, em especial do corpo médico, com ênfase na terapia farmacológica (SILVA, 2014).

De acordo com Gama (2006), a aderência ao modelo biomédico produz uma prática homogeneizadora, capaz de reproduzir as desigualdades de gênero. Nesse ponto, é essencial refletir acerca das concepções que os/as profissionais da saúde têm a respeito das mulheres que requisitam o serviço, na medida em que, por sua vez, são os/as profissionais que determinam as representações sociais acerca das necessidades de saúde das mesmas. Para Gama (2006, p. 82):

[...] o enfoque biomédico dos serviços de saúde reprodutiva, inscrito numa cultura patriarcal dos sistemas de gênero, ao não incorporar compreensivamente os aspectos objetivos e subjetivos implícitos na situação de saúde das mulheres, nem as necessidades destas que se ocultam por trás do motivo da consulta, estabelece uma relação incompleta com as mesmas. Em consequência, as experiências que essas mulheres vivem em sua relação com os serviços de saúde são de não satisfação de suas necessidades e expectativas, o que condiciona a não incorporação de comportamentos favoráveis para a sua saúde – entendida a partir da noção de integralidade -, assim como também dificulta a incorporação de elementos que favoreçam o exercício de seus direitos em saúde [...].

Por consequência, a sobrecarga de trabalho feminina, as duplas e triplas jornadas de trabalho, as situações de violência acarretam sofrimento psíquico e interferem diretamente na condição de saúde mental das mulheres. Os quais, por vezes são interpretados pela psiquiatria, por exemplo, como problemas exclusivamente individuais, de ordem neuroquímica, e que deverão ser tratados prioritariamente com medicações psicofarmacológicas (FERRAZZA, SANT'ANA, 2022). Para as autoras,

o tema da Saúde Mental e Gênero tem levado pesquisadoras e estudiosas feministas a problematizarem os diversos fenômenos sociais relacionados à desigualdade de gênero que culminam em situações atravessadas por sofrimentos psíquicos e mal-estares subjetivos. Compreende-se que o sistema patriarcal, em seus discursos e práticas, influencia na produção de subjetividades femininas e produz sofrimentos cotidianos provocados pela opressão e violência de gênero (FERRAZZA; SANT'ANA, 2022, p. 133)

As desigualdades de gênero advindas de um sistema patriarcal interferem na vida das mulheres atendidas pelo CAPS AD III. Por meio desta são produzidos sofrimentos e opressões que influenciam diretamente nas subjetividades femininas. No discurso dos/as profissionais, observa-se que estas desigualdades impactarão diretamente no tratamento de saúde das usuárias do serviço. Em consonância com as entrevistas dos/as profissionais 1, 7 e 4:

Acaba tendo [sic], pois quando você coloca que elas deixam de buscar tratamento por vergonha de fazer uso, porque ela não pode fazer uso, isso é uma vergonha, ela acaba não buscando o tratamento, então vai impactar, às vezes vai demorar muito tempo para fazer o tratamento [...] (Profissional 1).

Olha, eu acho que sim, tanto nas desigualdades que a gente vê na sociedade, a procura é mais pelos homens. Porque a mulher acaba sendo mais sobrecarregada e ela vai deixando por último o tratamento, sempre tem os filhos ou às vezes acabou dando mais preferência para o marido e tudo mais [sic] e acaba sendo mais dificultoso. Até mesmo para participar do CAPS, por questões de bebês ou filhos ela não tem com quem deixar e tudo mais, então eu penso que pela procura ser mais de homens do que mulheres eu acho que é por conta do impacto das desigualdades (Profissional 7).

Eu acho que as mulheres têm muito mais o fator família. Muitas vezes elas até deixam de ficar acolhidas porque elas têm essa necessidade de cuidar da família e ter que estar em casa, porque tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, enquanto o homem ele é mais fácil digamos assim, porque é só ele, se ele sai de casa tem a esposa cuidando dos filhos ou a mãe dando suporte, então eu acho que essa é um a barreira para a mulher que eu acho que ela tem outras responsabilidades lá fora que acaba sendo um empecilho para elas, na hora até de buscar o tratamento, elas costumam ficar um período mais curto aqui, as vezes só o essencial mesmo, os 15 dias da desintoxicação, para não deixar a família desassistida lá fora, eu acho que tem essa grande diferença, mas com relação a outras situações agora assim, imediatamente, eu não consigo me recordar (Profissional 4).

Nas entrevistas ora apresentadas os/as profissionais reconhecem que as questões relativas às relações de gênero influenciarão diretamente no tratamento de saúde dispensado às mulheres, principalmente no que tangem as iniquidades enfrentadas por elas. Na entrevista da profissional 1, a falta pela busca do tratamento, assim como a demora pelo mesmo são resultados das relações desiguais de gênero. Para a participante 7 a sobrecarga enfrentada pelas mulheres, devido aos cuidados que oferecem aos/às filhos/as e ao marido, faz com que as mesmas não deem a devida atenção para o tratamento da dependência química, deixando-o em segundo plano. Do mesmo modo, a profissional 4 expressa que as relações familiares interferem diretamente na adesão delas ao tratamento. Quando necessitam ficar na Unidade de Acolhimento, em alguns casos permanecem um período inferior ao indicado, pois o que prevalece são as responsabilidades familiares das mesmas. Diferente dos homens, que, por estarem isentos de tais responsabilidades, conseguem seguir com mais facilidade o tratamento de saúde.

Diante do exposto até o dado momento, foi possível notar que as relações de gênero vinculadas às desigualdades dirigidas às mulheres, têm aparecido no cotidiano das intervenções profissionais nos CAPS AD III. Estas têm desdobramentos que dificultam o acesso e a adesão ao tratamento de saúde de mulheres dependentes químicas, as quais enfrentam uma realidade permeada pela violência, a opressão e pelo estigma de serem usuárias de drogas. Entretanto, embora as questões de gênero se apresentem nos espaços sócio-ocupacionais, esta é uma temática pouco discutida nos cursos de formação inicial e continuada, como também no ambiente profissional.

Na última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, evidenciou-se a necessidade em implementar na formação dos/as profissionais de saúde mental, cursos de educação permanente e pesquisa em saúde mental voltadas para as temáticas sobre gênero, sexualidade, diversidade sexual e etnia (CNS, 2010). Contudo, isto não faz parte da realidade dos/as profissionais do CAPS AD III, visto que a equipe demanda de formação profissional inicial e continuada para exercer um trabalho profissional com enfoque nos Estudos de Gênero, o que pode repercutir positivamente no tratamento de saúde das mulheres atendidas pelo serviço.

## 6.2 A (IN)VISIBILIDADE DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS 24H

Questões relativas ao gênero atravessam as vivências cotidianas das mulheres dependentes químicas, podendo integrar o processo de adoecimento e de recuperação das mesmas. Frente a todos os desafios postos, uma formação profissional qualificada que observe tais questões pode influenciar no acesso e na permanência deste grupo nos serviços de saúde mental.

Neste sentido, o olhar para as questões de gênero deve ter início no âmbito da formação profissional, o que vai repercutir nas futuras práticas dos/as profissionais da área da saúde, beneficiando o tratamento destinados às mulheres, o que inclui as dependentes químicas. Conforme pondera Silva (2014), é possível, no âmbito da formação profissional e da pesquisa, superar a naturalização das diferenças de gênero, bem como a subalternidade feminina nestes espaços de produção de saúde. Neste contexto, a equipe de saúde necessita estar sensibilizada e atenta às questões de gênero, mediante práticas educativas operadas por intermédio da formação adquirida nos cursos de formação inicial, ou seja, nos cursos presenciais e à distância de graduação em saúde. E nos cursos de formação continuada, que de acordo com Marcelo Castro e Rejane Amorim (2015), remete ao treinamento para que os/as educandos/as melhorem seu desempenho, aproximando-se da lógica da educação permanente que se caracteriza como parte do processo de desenvolvimento profissional dos/as sujeitos e sujeitas.

Nos CAPS AD III os/as profissionais acabam tendo sua ação limitada por não possuírem formação profissional inicial e continuada qualificada para tratar de questões relativas ao gênero. Desta maneira, a fim de promover um atendimento de saúde integral e qualitativo junto aos serviços de saúde, a formação profissional em saúde tem demandado dos/as profissionais da área, conhecimentos acerca de conteúdos relativos ao tema.

Conforme Eliane Reis Brandão e Fernanda Vecchi Alzuguir (2019), até meados dos anos 1970 e 1980, o conceito de classe social apareceu como dominante nas teorias sociais, mas neste período a concepção de gênero emergiu como igualmente reveladora das desigualdades sociais, transformando radicalmente as compreensões acerca do processo saúde-doença, o que requisitou dos/as profissionais uma

formação contempladora de tal temática. Durante o processo de formação profissional em saúde, conhecer o conceito de gênero permitiria aos/às profissionais desvendarem estratégias capazes de inserir no cotidiano dos serviços de atenção à saúde um atendimento preocupado em entender o modo como os/as usuários/as pensam, compreendem o cuidado que dispensam à sua saúde, além dos recursos humanos e comunitários que demandam.

Devido às transformações que se sucederam sobre a compreensão de saúde e doença ao longo do tempo e do espaço, a partir de um sistema de crenças, de organização política e cultural instituídas em dadas sociedades, a compreensão de saúde e doença estiveram vinculadas a determinações e condicionantes sociais, fato que impacta diretamente no modo de produzir atenção e cuidado à saúde mediante às práticas profissionais. Diante disso, é necessário produzir saberes capazes de sustentar uma atuação profissional que não esteja pautada em aspectos puramente biológicos ligados à saúde, mas que dê atenção para os inúmeros fatores que condicionam a saúde e a doença, produzindo transformações no trabalho, assim como na formação profissional na área. Conforme Irineu (2018, p. 50),

[...] as transformações no trabalho trouxeram, então, uma revisão nos conceitos de qualificação e a noção de competência está sendo uma dimensão importante nas diretrizes curriculares de todos os níveis de ensino e, especialmente, do ensino em saúde. As transformações sociais constantes repercutiram também nas políticas de saúde, tanto a nível macro como também nas singularidades locais.

Tais mudanças influenciaram na formação dos/as profissionais da área da saúde, como também na produção da Política de Saúde Brasileira. No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, evidencia-se a construção de novos modelos de atenção à saúde, especialmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS (IRINEU, 2018). Cabe ao Sistema Único de Saúde, entre outras coisas, orientar e ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde. Conforme expresso em seu Artigo 200 (BRASIL, 1988).

A formação profissional pautou-se, portanto, nos princípios que estruturaram o SUS por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e, posteriormente, mediante a Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), são eles, os princípios de: universalidade, integralidade da assistência, equidade na disponibilização de recursos

e serviços, participação social, descentralização, divulgação de informação, igualdade da assistência à saúde e participação da população. Neste processo, com a finalidade de formação discente voltada a contribuir para a melhoria da assistência prestada aos/às usuários/as do SUS, coube também à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDBN (Lei 9394/96) orientar os cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil (IRINEU, 2018). Tais transformações no que tange a formação profissional na área da saúde, parte da premissa de que os cursos de formação devem contemplar alguns aspectos, o que inclui o desenvolvimento de certas habilidades e competências que preparem para as relações pessoais, para a convivência humanizada com os/as pacientes, criando um vínculo que pode se caracterizar enquanto peça chave no restabelecimento da saúde, pois envolve elementos como: o tratamento, o fortalecimento da autoestima e a participação ativa do paciente (IRINEU, 2018).

Ao considerar as questões relativas ao gênero, a formação de profissionais da área da saúde vai além dos aspectos anatômicos que estruturam o corpo humano. Conectam-se a aspectos culturais e sociais. Uma formação profissional com enfoque em gênero foi pensada a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher, e também, mediante a Política Nacional de Atenção Integral a população LGBT. Contudo, mesmo diante de novas requisições, transformações e desafios que se apresentam na atenção à saúde, a formação de recursos humanos no Brasil pouco menciona as temáticas relativas ao gênero. Embora esteja contemplada em programas e portarias que enfatizam a noção do cuidado ampliado em saúde, não se apresenta de modo explícito nos cursos de formação da área da saúde. Assim, “Gênero não estrutura, pois, explicitamente os documentos oficiais das políticas de educação aqui discutidas [...]” (IRINEU, 2018, p. 67).

Esta é também a realidade apresentada pelos/as onze profissionais que atuam nos CAPS AD III dos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR, conforme representado no Quadro 3:

**QUADRO 3** – Formação profissional da equipe mínima dos CAPS AD III

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>ANO DE INÍCIO DA GRADUAÇÃO</b>	<b>PÓS-GRADUAÇÃO</b>	<b>ANOS DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO</b>
Profissional 1	Serviço Social	2009	Não possui	8 anos
Profissional 2	Terapia Ocupacional	2003	Não possui	5 anos

Profissional 3	Psicologia	2013	Gestão de Pessoas e Recursos humanos	6 anos
Profissional 4	Enfermagem	2012	Psiquiatria e Saúde mental	4 anos
Profissional 5	Enfermagem	2010	Residência em gerenciamento de enfermagem e clínica médica e cirurgia; Residência em vigilância em saúde e controle de infecções.	3 anos
Profissional 6	Psicologia	2005	Dependência Química	3 anos
Profissional 7	Serviço Social	2012	Não possui	2 anos
Profissional 8	Educação Física	2006	Não possui	5 anos
Profissional 9	Medicina	2009	Residência médica em psiquiatria	5 anos
Profissional 10	Medicina	1992	Residência médica em psiquiatria	2 anos
Profissional 11	Terapia Ocupacional	2008	Neuropediatria	5 anos

FONTE: a pesquisadora, 2021.

Em conformidade com o Quadro 3 é possível evidenciar que entre os/as onze profissionais entrevistados/as, a formação em curso de graduação teve início entre os anos de 1992 e 2013. Sete destes/as possuem algum curso de pós-graduação nas áreas de: neuropediatria, dependência química, psiquiatria, saúde mental e residências médica e de enfermagem. Os/As mesmos/as estão atuando no serviço, em média, entre dois e oito anos.

Embora o enfoque em gênero seja uma prerrogativa do atendimento de saúde destinado às mulheres, durante os cursos de formação inicial a maior parte dos/as profissionais participantes da pesquisa não recebeu qualquer tipo de formação neste sentido, assim, quando questionados/as se houve alguma aproximação dos Estudos de Gênero durante a formação profissional em Saúde, os/as profissionais 2, 3, 6, 8 e 10 expressam que:

Pouquíssimos, nada muito aprofundado (Profissional 2).

Nada, na minha formação... olha, nada especificamente, só tipo citado (Profissional 3).

A minha formação já tem alguns anos, foi nada, não me lembro (Profissional 6).

Olha que eu me recorde não, se houve foi bem breve (Profissional 8).

Não (Profissional 10).

Nas entrevistas os/as profissionais com formação em Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física e Medicina revelam que durante a graduação não tiveram contato com os Estudos de Gênero. Esta também foi uma realidade experienciada pelas profissionais 1 e 7, ambas com formação em Serviço Social, segundo elas:

Sinceramente tem uma falha nesse sentido, porque a questão de gênero é mais discutida talvez em projetos, projeto de extensão, projetos de pesquisas. Não tinha grupo, só se tivesse para quem tivesse algum tipo de interesse, nessa área de formação, porque realmente só se você procurasse. Faltou ter algumas questões trabalhadas, dentro da graduação, para que todos compreendessem essa questão, que é tão importante (Profissional 1).

Teve questões, aulas, sempre era falado debatido, só que assim específico eu não me lembro de ter assim [sic], bem específico sabe. Específico, não, eu me lembro que tinha o núcleo, mas eu não lembro direito [...] (Profissional 7).

Ambas as profissionais expressam que houve uma lacuna no processo de formação profissional no que se refere às discussões sobre gênero. De acordo com a profissional 1, estudar esta temática esteve limitada aos projetos de pesquisa e de extensão, ou para os/as graduandos/as que tinham interesse em discutir e estudar o assunto, expressando que não teve contato com o tema. Diferenciando-se, em partes, da experiência da profissional 7, segundo a mesma, embora a formação profissional não trabalhe de modo específico as questões relativas ao gênero, era possível tecer discussões sobre o assunto durante as aulas.

Outra questão que chama a atenção é o modo como gênero tem sido tratado ou associado nos cursos de formação, a questão biológica e não como um constructo social. Assim, no caso dos/as profissionais 4, 5 e 11, que possuem formação nos cursos de Enfermagem e Terapia Ocupacional, os assuntos ligados ao feminino e ao masculino foram apresentados a partir de um enfoque biologicista, como revelam as participantes da pesquisa:

Eu acho que a gente foca mais na questão biológica e fisiológica, essa distinção, saúde do homem, saúde da mulher, mas não em relação ao papel social de cada um, ou essa desconstrução em relação ao gênero, eu acho que não tive muita ênfase nesse sentido, mais na questão biológica mesmo (Profissional 4).

Na graduação sim, a gente acaba estudando algumas coisas mais relacionadas ao gênero, mais prevalente nas mulheres e nos homens. [...] Mais questões biológicas (Profissional 5).

[...] o que eu via bastante era assim: a gente tinha oficinas e estágios bem específicos, dentro das oficinas a gente tinha a saúde do idoso, a saúde da mulher, grupos de obesidade, então a gente sempre tinha essas especificidades nesse sentido, mas eu não me lembro específico para gênero (Profissional 11).

As profissionais explicitam que durante os anos de graduação foi dada ênfase à saúde de mulheres e homens a partir de aspectos biológicos e químicos. Pouca atenção foi dispensada às representações ou aos papéis de gênero associados ao feminino e ao masculino, tampouco os prejuízos que tal construção tem para a saúde das mulheres, fato evidenciado na entrevista das profissionais 4 e 5. No caso da profissional 11, a formação dirigida a pensar a saúde das mulheres ocorreu mediante oficinas sobre a saúde da mulher, nada específico sobre as construções sociais que remetem ao gênero feminino.

Historicamente as condições biológicas sustentaram o funcionamento dos serviços de saúde, assim como a formação profissional na área. De acordo com Ana Estela Haddad *et al.* (2009), a organização e oferta dos serviços de saúde manifesta uma contradição pautada na visão dominante que concebe a saúde a partir de uma perspectiva puramente biologicista, e por outro lado, esta é concebida como uma construção social, expressão da qualidade de vida. No primeiro caso ganham centralidade a doença e a medicalização com base na hegemonia médica. No segundo, é centrada em uma ação intersetorial, atenta à práticas de empoderamento (*empowerment*) da população. A visão biologicista emergiu no final do século XIX, a partir da descoberta da existência das bactérias e outros microorganismos, reforçando a supremacia do biológico sobre a condição humana.

Neste contexto, em um dado momento do desenvolvimento da Medicina e da clínica, houve uma excessiva cientifização e sofisticação tecnológica que culminou em uma “crise” de legitimidade caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, pelo intervencionismo exagerado e por uma desatenção aos aspectos psicossociais e culturais do adoecimento (IRINEU, 2018, p. 50-51).

Constata-se que o modelo biologicista e biomédico orientou a formação dos/as profissionais 4, 5 e 11. Este modelo desconsidera que há determinantes que influenciam no cotidiano dos serviços e da população atendida, com destaque para o gênero, o que pode influenciar nas práticas que se propõem a promover um atendimento integral à saúde que considere os outros determinantes que condicionam o processo de saúde-doença, e isto incluem os aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológicos e ambientais que permeiam a vida de grupos e indivíduos.

Mediante às entrevistas, foi possível constatar que entre os/as onze profissionais entrevistados/as que atuam no serviço, dez não tiveram contato com disciplinas que tratem de questões relativas ao Gênero. Apenas um profissional teve contato com tal tema. Conforme expresso pelo mesmo:

Sim, na graduação a gente teve uma disciplina no primeiro período, que é sobre saúde sexual, uma disciplina única, bem interessante e que a gente trabalha com a questão de gênero no meio de várias outras, DST e tudo, mais na residência onde eu fiz minha formação, no hospital de clínicas lá de Porto Alegre, então lá existe um ambulatório que é pra pacientes transgêneros, pacientes que estão em um processo de mudança, com terapia hormonal ou até com cirurgia, a gente tem isso bem forte lá, então esse foi o contato que eu tive na minha formação, lá principalmente, mas também voltado pra de [sic] uma maneira mais ampla nem tanto, mas voltado pra esse aspecto acho que contribui, porque abre um pouco o horizonte (Profissional 9).

De acordo com o entrevistado, os Estudos de Gênero permearam sua formação inicial e continuada, o que contribui para sua atuação profissional, conforme ponderado por ele. Diferentemente, os/as outros/as dez profissionais não tiveram em sua formação profissional assuntos ligados, especificamente, ao tema. Contudo, isto não ocorre por acaso. Ao investigar as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões de Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física, Medicina e Serviço Social, a categoria gênero não aparece como um conteúdo central, e na maior parte das propostas curriculares não se faz presente de modo explícito nos seis cursos de graduação em saúde nos quais foram formados/as os/as profissionais dos CAPS AD III.

A começar pelo curso de Terapia Ocupacional, constata-se que as diretrizes curriculares do curso, aprovadas no ano de 2002<sup>31</sup>, orientam que a formação nesta área deve ter como finalidade dotar os/as profissionais de conhecimentos que contribuam para o exercício de competências e habilidades no âmbito da atenção à saúde. Os/As quais deverão estar aptos/as a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Desempenhando uma ação integrada com as demais instâncias do sistema da saúde, pensando crítica e analiticamente os problemas da sociedade (CNE, 2002).

Além disso, atenta-se para a necessidade de Educação permanente para os/as profissionais da área, os/as quais devem aprender de modo contínuo durante sua formação e sua prática profissional. Ainda orienta que a formação em Terapia Ocupacional deve considerar as problemáticas específicas da população com a qual se trabalha, bem como com seus processos sociais, culturais e políticos, buscando pela emancipação e autonomia dos/as usuários/as atendidos/as. Além disso, deve o/a terapeuta ocupacional conhecer os fatores econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e à prática profissional. Por fim, reconhece a saúde como um direito, pelo qual o/a profissional deve atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada nível de atenção à saúde.

Nesta perspectiva, é possível notar que o curso de Terapia Ocupacional não aponta conteúdos relativos a gênero em sua base curricular, entretanto, ao orientar uma formação pautada na integralidade, na perspectiva do direito, considerando aspectos políticos, culturais e sociais que permeiam a vida dos/as usuários/as, pode contemplar, em sua formação profissional, questões relativas ao gênero.

A partir desta mesma lógica, apresenta-se o curso de Psicologia, as Diretrizes Curriculares aprovadas no ano de 2011, expressam que os/as profissionais devem ser formados/as para que sejam aptos/as a exercer competências e habilidades no

---

<sup>31</sup> Atualmente a resolução nº 650, de 04 de dezembro de 2020 dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Terapia Ocupacional. No entanto, as profissionais entrevistadas iniciaram sua formação na área nos anos de 2003 e 2008, assim, será utilizado como referência as Diretrizes que precedem a aprovada no ano de 2020. Neste caso, a resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002.

âmbito da atenção à saúde, a fim de desenvolver ações ligadas à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial (CNE, 2011).

De acordo com as Diretrizes, é necessário formar um/a profissional com base em princípios e compromissos vinculados à construção do desenvolvimento científico; a compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico e suas conexões com os aspectos biológicos e sociais; o reconhecimento da diversidade; o entendimento acerca dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país; a atuação em contextos diferentes, em vista da necessidade de se atentar às necessidades sociais e aos direitos humanos. Por fim, as Diretrizes apontam para o imperativo de promover aprimoramento e capacitação de modo contínuo (CNE, 2011). Neste contexto, percebe-se que as discussões relativas ao gênero não aparecem, explicitamente, no currículo, mas podem ser contempladas considerando que as Diretrizes primam por uma formação comprometida com a atenção à saúde integral, bem como com os direitos humanos, com a diversidade, estabelecendo conexões com aspectos sociais, econômicos e culturais.

Na sequência, explicitam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação do curso de Medicina. Nesta pesquisa, há dois/duas profissionais com formação na área. A primeira profissional formou-se no ano de 1992, e o segundo no ano de 2009. No primeiro caso a formação profissional não se orientava a partir de Diretrizes Curriculares Nacionais. Já no segundo, a formação do profissional foi orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituída no ano de 2001<sup>32</sup>. Em consonância com a mesma, a formação deve ser orientada a partir de uma perspectiva humanista, crítica e reflexiva, capaz de formar para a atuação no processo saúde-doença nos diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, mediante o compromisso e a responsabilidade social com a cidadania e com a promoção da atenção à saúde integral.

A formação em Medicina prima pela Educação permanente dos/as profissionais, os/as quais devem ser capazes de apreender de modo contínuo durante

---

<sup>32</sup> A formação em medicina passou a ser orientada, no ano de 2014, pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Contudo, neste trabalho optou-se por apresentar o currículo anterior, pois o mesmo foi base para a formação do profissional 9, participante desta pesquisa.

a formação e também na prática profissional. Além disso, reconhece a saúde como direito, o qual deve ser garantido mediante um conjunto articulado de ações preventivas, curativas, individuais e coletivas, em cada nível de atenção do sistema de saúde. Por fim, salienta-se que o currículo do curso de Medicina possui relação direta com as necessidades de saúde mais frequentes referidas pela comunidade e identificadas pelo Setor Saúde, devendo contemplar, entre outras coisas, a

[...] compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção (CNE, 2001, p. 3).

Como é possível notar, a formação em Medicina também não contempla os Estudos de Gênero enquanto parte constituinte dos conteúdos que orientam a formação no curso. No entanto, ao considerar a necessidade de formar profissionais que possuam a compreensão dos determinantes sociais da saúde, assim como uma prática profissional comprometida com a integralidade na atenção, bem como com a necessidade de reconhecer a saúde como um direito social, gênero poderia aparecer de modo implícito na formação profissional.

Esta também é uma realidade apresentada na formação das profissionais do curso de Enfermagem, a qual foi orientada pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Neste caso, o perfil do/a formando/a, assim como do/a egresso/a deve contemplar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautando-se em princípios éticos. Tal profissional deve ser capaz de intervir em situações de saúde-doença que prevalecem no perfil epidemiológico nacional e regional, a partir da identificação das dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, comprometido com a cidadania e com a perspectiva da saúde integral (CNE, 2012).

No que tange as competências e habilidades específicas contidas no curso, estes/as devem compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo a saúde enquanto um direito, buscando, portanto, promover a integralidade da assistência, atuando em cada nível de assistência em programas de

assistência integral à saúde da criança, do/a adolescente, da *mulher*, do/a adulto/a e do/a idoso/a (CNE, 2012).

Deve-se, assim, a formação do/a enfermeiro/a atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, com vistas à promoção da humanização do atendimento, a partir das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, considerando seus determinantes e condicionantes (CNE, 2001). Mais uma vez as questões de gênero não aparecem explicitamente nos conteúdos que estão na base curricular do curso, mas por meio da estrutura do mesmo é possível que tais questões sejam contempladas. Além disso, este foi o único currículo a explicitar a necessidade de apresentar as práticas destinadas a promover a atenção integral à saúde da mulher.

Adiante, apresentam-se as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, tal base foi formulada pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, no ano de 1996. A mesma orienta a formação de um perfil profissional alinhado com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico, formando um/a profissional que entenda o desenvolvimento do capitalismo e da profissão na realidade social brasileira. Formação que tem como base, entre outros, princípios pautados em um rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilita a compreensão dos problemas e desafios com os quais o/a profissional se defronta no universo da produção e reprodução da vida social.

Observa-se que a formação na área de Serviço Social entende que a efetivação de um projeto de formação profissional remete, diretamente, a um conjunto de conhecimentos indissociáveis, que se traduzem em Núcleos de Fundamentação constitutivos da Formação Profissional, com destaque para o Núcleo de Fundamentos da Formação Sócio-histórica da Sociedade Brasileira. Este núcleo refere-se ao

[...] conhecimento da constituição econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira, na sua configuração dependente, urbanoindustrial, nas diversidades regionais e locais, articuladas com a análise da questão agrária e agrícola, como um elemento fundamental da particularidade histórica nacional. Esta análise se direciona para a apreensão dos movimentos que permitiram a consolidação de determinados padrões de desenvolvimento capitalista no país, bem como os impactos econômicos, sociais e políticos peculiares à sociedade brasileira, tais como suas

desigualdades sociais, diferenciação de classe, de **gênero** e étnico raciais, exclusão social etc. (ABEPSS, 1996, p. 11, grifo nosso).

Diante do exposto, os cursos de formação em Serviço Social, que se orientam mediante as Diretrizes Curriculares de 1996, devem contemplar aos seus núcleos de fundamentação conteúdos relativos às desigualdades de gênero. Neste sentido, neste currículo tais questões aparecem explicitamente, mas ainda de modo superficial e incipiente, visto que não há muito detalhamento a respeito do modo como esta temática será tratada durante o processo de formação profissional.

Por fim, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena, instituído pelo Parecer CNE/CES nº 58, aprovado em 2004, orientaram a formação do profissional 6, formado no ano de 2006. Preconiza que o perfil acadêmico-profissional do graduado em Educação Física contemple um aspecto generalista, humanista, crítico, que qualifique a formação a partir de um rigor científico e ético. Deste modo, o curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma formação que qualifique para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das manifestações e expressões culturais do movimento humano, permitindo que as pessoas, independentemente da idade, das condições físicas e mentais, de gênero, de etnia, de crença, tenham conhecimento e possibilidade de acesso à prática das diferentes expressões e manifestações culturais do movimento humano (CNE, 2004).

Enquanto profissional da área da saúde, o/a profissional de Educação Física deve possuir uma formação que preconize a intervenção acadêmica e profissional balizada nos campos da prevenção, da promoção, da proteção e da reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação, das atividades físicas que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (CNE, 2004).

A partir da apresentação das Diretrizes Curriculares que orientaram a formação profissional dos/as participantes da pesquisa, bem como dos dados coletados mediante as entrevistas, foi possível evidenciar que na maior parte dos cursos de graduação em saúde, estudar conteúdos relativos a gênero não foi uma preocupação, o que aponta para a invisibilidade de tais estudos nos cursos de formação inicial em saúde dos/as participantes da presente pesquisa. Entretanto, a

base curricular ora apresentada possibilita que tais assuntos sejam tratados, visto que a maioria dos cursos preconiza uma formação profissional com o fim de promover atenção integral à saúde, comprometida com direito à saúde, e orientada por uma atuação que considere os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, isto inclui gênero.

Evidencia-se, neste caso, uma lacuna ao não serem contempladas as questões de gênero de modo explícito nos cursos de formação em saúde. E, devido à falta de formação profissional, evidencia-se que alguns/mas profissionais terão dificuldades para observar o modo como as relações de gênero apresentam-se no serviço. Terão dificuldade, inclusive, de entender e diferenciar a categoria gênero. Alguns/mas, por exemplo, categorizam gênero, sexo e sexualidade como sinônimos. Outros/as diferenciam, mas revelam as dificuldades que têm em fazer tal distinção. Como apontado pelos/as entrevistados/as quando questionados/as sobre o que compreendem por gênero, explicitam que:

Eu me confundo bastante, não é um tema que eu estudo tanto, então até vejo que é um tema que deveria compreender mais, mas ainda me bato um pouco [sic] na diferenciação e nesses todos novos termos que vêm surgindo de diferenciação das pessoas (Profissional 2).

Eu acho que questão de gênero ela está relacionada como a pessoa se identifica, o sexo não, é mais algo biológico (Profissional 3).

Básica [sic], não tenho uma compreensão muito aprofundada sobre o assunto, procuro entender o básico. Sexo eu entendo enquanto fisiologia, quanto genitais e tudo mais e gênero sobre aquilo que a pessoa se identifica, como ela percebe o próprio corpo, como ela se sente bem, eu percebo dessa forma (Profissional 4).

Sexo é aquilo que a pessoa nasce, feminino e masculino e gênero é aquilo que a pessoa se descobre nesse sentido, opta (Profissional 7).

Eu acho que há diferença absoluta, eu acho que coincidem em algumas pessoas, mas o sexo, eu entendo, dentro da minha formação, como sendo algo estritamente biológico, baseado em constituição genética ou até em constituição física de acordo com os órgãos sexuais presente. Agora a ideia de gênero é diferente, passa por uma construção psicológica, social, muito mais complexa, tanto que a gente caminha para uma variedade quase infinita de gênero, eu acho que a constituição humana permite isso, nós somos complexo suficiente para não nos restringir a caixotes assim, seguimentos (Profissional 9).

Nestas respostas é possível observar que ao falar sobre gênero os/as mesmos/as apresentam também a diferenciação de sexo. Segundo eles/as, o sexo é determinado biologicamente e o gênero tem relação com o modo como as pessoas se identificam. De acordo com afirmação da profissional 9, gênero perpassa uma construção psicológica e social, carregando complexidade. Para a mesma, há uma infinidade de gêneros, nota-se, portanto que os/as profissionais conseguem diferenciar sexo e gênero a partir de ideias e percepções que são observadas em seu cotidiano. Contudo, suas concepções não descrevem o gênero como uma construção social das diferenças sexuais que em caráter histórico fundarão as representações de masculinidade e feminilidade, da qual denotam as relações desiguais de gênero. Do mesmo modo, a profissional 6 explicita que:

Eu compreendo e vejo que a nossa compreensão é bem limitada, acho que todo mundo deveria estudar mais, que o sexo é a parte biológica e o gênero é como a pessoa se reconhece, então quando a gente recebe algum paciente aqui, que a gente vê que a pessoa tem o sexo biológico masculino, mas está vestida de uma forma, digamos, com roupas femininas a gente sempre procura ver como a pessoa gostaria de ser chamada, porque muitas vezes a pessoa chega com a identidade com um nome masculino, mas se apresenta com um nome feminino, então a gente sempre pede como a pessoa gostaria de ser chamado (Profissional 6).

Para a profissional, a compreensão que possui sobre gênero é limitada, a mesma observa que gênero é como uma pessoa se identifica e sexo refere-se àquilo que é biologicamente determinado. Ela associa gênero às vivências das mulheres transexuais, mas não expressa que são mulheres trans, e sim pessoas com o sexo biológico masculino, com roupas femininas. Diante disso, evidencia-se que há uma limitação quanto a sua compreensão acerca de gênero, visto que não reconhece que as identidades de gênero ligadas às representações sociais de feminilidade e de masculinidade são plurais, isso inclui a vivência de mulheres transexuais. Do mesmo modo, a profissional 11 expressa que:

Sexo para mim é a identidade de feminino e masculino, existem duas somente, agora o gênero para mim tem mais a ver com o que a pessoa se identifica ou como ela se identifica e hoje eu não vou saber todos os gêneros que tem aí, porque é uma interpretação muito pessoal e tem pessoas que se identificam de diferentes gêneros até aonde [sic] eu acompanhei porque a classe LGBT... Está enorme por conta dessa

identificação de gênero, eu entendo que ela é mais intrínseca como o sujeito se percebe, ela pode estar em um corpo masculino, mas na sua identidade ele se perceber como feminino ou o reconhecimento de nível sexual ser masculino e ele estar em um corpo feminino e por aí vai. Então está muito misto isso para mim, é confuso, eu não sei especificar cada um deles, mas eu sei a diferença sutil (Profissional 11).

Frente ao exposto, identifica-se que há o entendimento por parte da profissional de que o sexo é o modo como um indivíduo identifica-se com as representações de feminilidade e masculinidade, para a qual há somente dois sexos. Além do mais também compreende gênero como o modo que um indivíduo se identifica. A mesma associa gênero à sexualidade, ao expressar que as identidades de gênero podem ser representadas pela comunidade LGBT. Por fim, a profissional associa as pessoas trans às pessoas que nasceram em um corpo tido como “errado”. Além do mais, se diz confusa com a temática. Nesta perspectiva, verificam-se os equívocos contidos na fala da profissional, inclusive no que tange a compreensão da categoria gênero e a vivência de pessoas transexuais. Nesta mesma perspectiva, o profissional 8, expressa que tanto gênero, quanto sexo são a mesma coisa, para ele:

Na minha compreensão eu acho que eles devem existir, mas eu considero os dois iguais, gênero e sexo eu considero iguais. (Profissional 8).

Em conformidade às discussões realizadas nas seções anteriores deste trabalho, compreende-se que gênero se refere a uma construção social, o mesmo diferencia-se do sexo, o qual está ligado às diferenças biológicas. No entanto, devido às lacunas no que tange a formação profissional, o entrevistado não sabe distinguir as duas categorias. Além disso, conforme expressa Junior (2010), é necessário considerar que a concepção de gênero, na área da saúde refletida na prática profissional e no atendimento ofertado a homens e mulheres, tem influência de suas vivências pessoais, pois estes/as profissionais se reconhecem como homens e mulheres e foram construídos/as pelo mesmo processo de socialização e cultura hegemônica de gênero, fato que interferirá no modo como percebem o gênero dos/as pacientes. Deste modo, além da percepção equivocada apresentada pelo profissional 8, a profissional 10 também expressa equívocos em sua compreensão acerca da temática. Para ela:

Gênero é o que [sic] a pessoa se identifica, masculino, feminino, bissexual, transexual ou o assexuado e tem os que são os grupos que não fazem atividades sexuais [...] (Profissional 10).

A profissional explicita que gênero se relaciona ao modo como uma pessoa se identifica, e que se associa às representações de masculinidade e feminilidade, mas confunde gênero com sexualidade, ao equiparar tais representações à bissexualidade e à assexualidade. Neste sentido, apresenta gênero e sexualidade como sinônimos, como se expressassem ou se referissem às mesmas questões.

Diante do exposto, verifica-se que a invisibilidade dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde expressa um limite para que os/as profissionais compreendam tal categoria. Entender esta concepção permite que os/as mesmos/as identifiquem como são operadas as relações desiguais de gênero na vida das mulheres dependentes químicas, o que pode contribuir para a atenção à saúde delas. Neste sentido, verifica-se que o olhar para as questões de gênero deve ter início no âmbito da formação profissional, alinhando a compreensão de gênero, sexo e sexualidade e considerando também outros marcadores sociais, a exemplo da raça, etnia e da classe social, capazes de produzir diferentes vivências e identidades plurais de gênero.

Em suma, verifica-se que há um árduo caminho para a construção de um arcabouço formativo que dê subsídio para as práticas profissionais que compreendam as repercussões da categoria gênero nos corpos e no campo da atuação. Neste sentido, fica ainda mais evidente a necessidade de que tais discussões ganhem centralidade nos cursos de formação na área da saúde, seja na formação inicial ou continuada.

#### 6.2.1 OS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nos espaços ocupacionais as equipes multiprofissionais encontrarão uma gama de demandas a serem respondidas. Além disso, tais espaços podem apresentar dificuldades no que tangem a infraestrutura, os recursos humanos e até mesmo a falta de cursos de formação continuada para atender requisições de grupos específicos, a exemplo das mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

A formação profissional capaz de discutir gênero é pertinente e essencial para a efetividade do tratamento de saúde de dependentes químicos/as. No entanto, parte da equipe técnica de profissionais do CAPS AD III, não possui formação inicial capaz de auxiliá-los/as para o trabalho com tal questão. A falta destas discussões ocorre nos cursos de graduação e também nos cursos de formação continuada. Ao serem questionados/as sobre o enfoque de gênero nos cursos de formação continuada, os/as profissionais expressam que durante o período de atuação não houve capacitação profissional com a finalidade de discutir gênero. Segundo eles/as:

Não, é mais sobre discussão mais voltada para dependência em geral, não sobre gênero (Profissional 1).

Tanto que a gente nem tem, nunca teve uma capacitação, nada, sobre gênero (Profissional 3).

Olha, que eu lembre não. Você sentar para discutir, não, pelo menos desde quando eu estou aqui, discutir só a desigualdade de gênero e tudo mais (Profissional 7).

Não (Profissional 9).

Conforme a realidade apresentada pelos/as profissionais, não ocorreram capacitações ou formações preocupadas em discutir as questões de gênero. Vale mencionar que o período de atuação dos/as profissionais 1, 3, 7 e 9 no serviço, varia entre oito e dois anos. Ou seja, durante este período nenhuma formação foi dada com esta finalidade. No entanto, as profissionais 3, 4 e 6 revelam que, mesmo não havendo cursos de formação continuada com este enfoque, questões relativas ao gênero foram discutidas por meio do trabalho das equipes. Segundo elas:

Quando aparece a gente senta, mas é algo que você já tem que resolver e se você tem dúvida você tem que buscar, você tem que ler, mas não que o serviço tenha ofertado alguma capacitação nesse sentido, não. E pensando até na rede, que a gente também participa de capacitação e tudo mais, que a gente [sic] tenha recebido convites claros, nada (Profissional 3).

Eu acho que não teve um momento específico para isso, capacitação ou algo nesse sentido, mas já surgiu em algumas capacitações em equipe, com relação à situação que ocorreram [sic] aqui dentro com usuários dos gêneros diferentes, que o assunto surgiu e a equipe discutiu sobre, debateu sobre isso sim, isso aconteceu, mas uma

capacitação onde todo mundo sentou. Não vamos discutir sobre, vamos estudar sobre, não que eu me recorde (Profissional 4).

Olha a gente sempre tenta em grupo trabalhar algumas questões em relação a quando tem alguma demanda de violência, mas especificamente de gênero, não (Profissional 6).

De acordo com a profissional 3, as dúvidas que teve com relação à temática, foram sanadas por conta própria, a partir da necessidade que sentiu em buscar saber mais sobre o assunto. Em consonância a isto, a profissional 4 explicita que não teve capacitações sobre o tema, que em momentos específicos as discussões foram feitas pela equipe. Fato que ocorreu a partir da necessidade, frente aos casos que se apresentaram no cotidiano do CAPS AD III. Exemplo dos casos de violência, conforme expresso pela profissional 6. Nesta perspectiva, as reflexões em grupo foram necessárias para trabalhar tais questões.

Observa-se que há a necessidade em discutir gênero na atuação profissional, o que ocorre de modo superficial e insuficiente. Visto que na formação dos/as profissionais dos CAPS AD III, tais estudos encontram-se invisibilizados, fato que pode impactar negativamente no tratamento de saúde dispensado aos indivíduos que buscam e utilizam o serviço. No CAPS AD III, este assunto não tem centralidade, conforme expresso pela profissional 2: no âmbito da intervenção profissional “Eu acho que é muito pouco tratado sobre o assunto aqui”. Do mesmo modo, a profissional 1 explicita que:

Eu vejo que não tem muita discussão nesta questão de gênero, falta discussão, sempre é discutido na saúde, casos pontuais dentro daquilo que você está trabalhando, então eu estou na saúde mental, vou acabar buscando mais coisas dentro da saúde mental. Não existe uma formação específica, algo que trabalhe mais a questão de gênero. Desde a questão do nosso próprio conselho, que traz coisas mais ampliadas e não fecham algumas questões, não se discute dentro da política pública a questão muito de gênero, tem seminário de coisas, de saúde mental tem vários, mas não que discuta o gênero, são bem poucos, acaba sendo muito dos profissionais que têm o interesse em fazer alguma coisa, mas não dá conta, pois precisaria de uma rede maior, que tivesse o interesse maior de outras instituições para abrir uma coisa mais ampliada, para ter mais gente, para discutir o assunto que, às vezes, fica muito no individual a questão, que você sabe que acontece mais ou menos, mas nunca algo de troca de ideia entre os profissionais (Profissional 1).

Para a profissional, as discussões sobre gênero são limitadas durante a formação e também dentro do próprio serviço, o qual dá ênfase às discussões sobre saúde mental. Evidentemente, promover cursos e capacitações é essencial para a formação do/as profissionais dos serviços. No entanto, a saúde mental também pode e deve ser pensada a partir do enfoque em gênero, conforme expresso nas seções anteriores. Neste sentido, dar ênfase ao assunto pode repercutir significativamente no atendimento de saúde mental.

Embora o constructo de gênero tenha influência na vida das dependentes químicas, dentro e fora do CAPS AD III, elas encontram obstáculos para dar início e também para permanecer nos estabelecimentos de saúde, o que aponta para a necessidade de serem pensadas estratégias capazes de promover discussões sobre o assunto dentro e fora do serviço. Deste modo, os estabelecimentos de ensino, aliados às políticas públicas e aos cursos de formação continuada, são partes essenciais deste processo, visto que as equipes não possuem formação profissional adequada para trabalhar com este tema, o que acaba impactando diretamente nas práticas profissionais operadas nos CAPS AD III. Neste sentido, quando questionada se a falta dos Estudos de Gênero na formação profissional tem interferido no trabalho realizado junto às mulheres usuárias dos CAPS AD III, a profissional 1 expressa que:

Realmente é muito falho, a questão de gênero dentro da graduação e o conhecimento que falta acaba interferindo, chegando a hora você vai ter que pensar sobre aquela questão, então acaba interferindo muito na atuação quando você acaba tendo pouco conhecimento sobre determinado assunto. Então você busca, depende muito do profissional que está atuando, dependendo do grau de conhecimento, do grau de amplitude de análise da realidade, porque todos nós temos vários preconceitos, não vou dizer que eu não tenho os meus, todo mundo tem e você vai apreendendo a lidar com eles da melhor forma, existem pessoas que têm mais dificuldades, outras mais facilidades e quando você não tem essa abertura dentro da faculdade que é um momento de discutir, que é onde você abre o leque da sua mente para o mundo, você quebra alguns paradigmas, algumas questões conservadoras, acaba que se você não discute lá, na sua prática você vai manter aquilo que você vê desde sempre da sua bagagem familiar. Porque o primeiro conhecimento nosso, é dentro da família, na graduação você abre um pouco mais de conhecimento e se você não tem aquilo dentro da faculdade, você vai manter aquilo que você aprendeu na família, depois você vai moldando dentro da prática e dentro da atuação com aquilo que aparece para você (Profissional 1).

O relato revela a necessidade em discutir gênero, mas não se faz isso na graduação, fato que acaba interferindo diretamente na atuação da profissional. De acordo com a mesma, a universidade apresenta um conhecimento necessário que permite olhar a realidade de outro modo. Contudo, no que concerne aos assuntos relativos ao gênero, quando não estão nos cursos de graduação, fica a critério dos/as profissionais buscarem ou não conhecimento sobre o assunto, mas não são todos/as que o fazem. Para a mesma, a atuação de alguns/mas profissionais pode ser orientada pelo conservadorismo e pelos ensinamentos familiares. Diante disso, o conservadorismo e os preconceitos também permeiam as práticas profissionais e podem limitar a atuação da equipe multiprofissional dos CAPS AD III.

Por outro lado, a profissional 4 expressa que a abordagem desta temática em sua vida profissional ocorreu mediante a realização de curso de pós-graduação. De acordo com ela:

Sim, na pós-graduação eu percebo mais abordagens nesse sentido, mas na graduação eu acredito que não. Claro, sempre foram enfatizadas as questões éticas, de respeitar a individualidade de cada pessoa, isso sim, mas não algo específico em relação aos gêneros (Profissional 4).

Aqui apresenta-se a diferenciação entre formação inicial e continuada na percepção da participante, segunda a qual as abordagens sobre gênero ocorreram com mais frequência nos cursos de pós-graduação. Na graduação, as preocupações estavam mais associadas ao respeito dirigido aos indivíduos e não aos aspectos relativos ao feminino e ao masculino. O respeito é essencial no processo de formação profissional em saúde, visto que, de acordo com a PNAISM (2004), o respeito às diferenças, sem discriminações e sem juízo de valores e crenças pessoais deve compor a atenção integral à saúde da mulher, isto implica que os serviços que prestam atendimento de saúde estabeleçam com os/as usuários e usuárias relações entre pessoas com diferenças econômicas, culturais, religiosas, raciais e de diferenças sexuais. Diante do exposto: Esse enfoque deverá ser “incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde. As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização” (PNAISM, 2004, p. 64).

No ano de 2003, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. Esta deve se fazer

presente em todas as políticas e programas do SUS, valorizando a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do sistema. Estimulando a comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores, a fim de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que por vezes são capazes de produzir atitudes desumanizadoras que dificultam a autonomia e a intervenção dos/as profissionais de saúde em seu trabalho (BRASIL, 2013).

Conforme Santos (2020), a humanização do SUS fortalece o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual à populações específicas, a exemplo dos povos originários, quilombolas, ribeirinhos, assentados entre outras. Neste contexto,

[...] humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável. Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos: capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade; acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários (PNAISM, 2004, p. 60).

Neste sentido, o respeito integra uma prática alinhada com a humanização, que considera as diversidades humanas na prestação do atendimento de saúde, devendo ser incorporado aos cursos de capacitação profissional. Contudo, se faz necessário questionar se as noções de respeito dos/as profissionais são suficientes para responder as demandas relativas ao gênero que aparecem nos espaços ocupacionais.

Assim como a humanização e o respeito, a informação e a empatia aparecem nas falas dos/as profissionais como elementar para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Segundo a participante 2, obter informações sobre gênero permitiria que a mesma desenvolvesse seu trabalho de modo mais empático. Neste sentido, a falta de informação tem impactado diretamente em sua prática.

A lacuna referente aos conhecimentos e informações sobre o tema também puderam ser evidenciadas na fala da profissional 3. Segundo ela, isto tem inferência na atuação junto às pacientes do CAPS.

Eu acho que se eu tivesse mais informações, poderia por exemplo observar melhor a pessoa, melhorar o tratamento com ela e eu poderia acrescentar no meu trabalho, não que eu não consiga lidar, mas conseguiria lidar de uma maneira mais empática, talvez com isso entender questões dessa condição (Profissional 2).

Com certeza, eu, por exemplo, se alguém me pedir para falar a respeito eu não domino, não é algo que eu domino, o que eu tenho de informação sobre isso é sobre o que eu leio, o que eu busco ler, até na própria capacitação aqui, do município mesmo, da rede de atenção psicossocial, não tem, não tem nada voltado para isso, é muito generalizado, então não se trabalha com essa especificidade (Profissional 3).

A entrevistada 3 aponta que não domina os assuntos relativos ao gênero, assim, busca informações sobre o assunto por conta própria, mediante leituras. Além disso, expressa que nas capacitações ofertadas pelo município estas questões não são contempladas, o que se apresentam são assuntos mais gerais, que não estão preocupados em contemplar as especificidades relativas ao gênero. Por outro lado, a profissional 10, expressa que não ter em sua formação profissional assuntos relativos ao gênero não interfere em sua atuação profissional, visto que,

Para mim não, para mim não tem. A minha mãe era uma pessoa muito aberta, a minha mãe era extremamente religiosa, meu melhor amigo de infância é homossexual, entrava na minha casa, então, eu não sei, isso é uma coisa de educação, minha mãe era professora e tal, nunca discriminamos ninguém (Profissional 10).

Segundo ela, a constituição de suas relações familiares “extremamente religiosa” permite que a mesma execute seu trabalho sem que as questões relativas às relações de gênero interfiram no mesmo. Para ela, isto é uma questão de educação. No caso das profissionais 4 e 6, os Estudos de Gênero também não se fizeram presentes em suas formações profissionais. Entretanto, expressam que isto não impacta diretamente em sua atuação profissional, devido à busca por conhecimentos sobre o assunto e devido à experiência profissional que ambas possuem. Segundo elas:

Eu acho que não, porque enquanto pessoa eu busco cada vez me informar mais, estudar mais e ser respeitosa e entender de que forma eu posso agir, mas isso de cunho pessoal e acaba refletindo no meu

profissional, mas eu acredito que seja necessário sim, tanto na formação como na educação continuada, enquanto profissional atuando em uma instituição eu acho que seria necessário, mas não acredito que tenha tido tão impacto [sic], porque eu enquanto pessoa busquei me aperfeiçoar nesse sentido e busco respeitar, mas tem pessoas que não tem essa disponibilidade, essa atenção e acaba fazendo falta sim (Profissional 4).

Olha, como eu vim de várias experiências profissionais até chegar aqui, eu acho que não, porque eu passei por muitas experiências até chegar aqui, mas lá no começo da minha carreira, sim, acho que deve ter impactado sim, deve ter feito diferença em algumas intervenções sim, hoje eu já sou uma profissional diferente onde eu já faço intervenções diferentes, sim. Hoje eu já olho para o meu paciente, para o ser humano, para a pessoa que está ali de uma forma diferente e com certeza teria uma diferença se eu tivesse essa formação, essa formação diferente, mas acho que é de extrema importância ter essa formação, porque a gente precisa entender todas essas questões de gênero para fazer um atendimento e orientações em relações ao atendimento com a mulher, porque a gente pega alguns casos, por exemplo você vai fazer um atendimento paciente [sic] aqui no CAPS AD que é dependente de álcool e que sofreu um abuso por fazer um uso abusivo naquele dia e não se lembrar de nada e sente extremamente culpada e dependendo da maneira que você entende isso, você pode fazer entender que ela seja culpada e jamais é culpada, então no começo da sua formação dependendo do entendimento que você tem dessa situação, você pode fazer uma intervenção totalmente errada, então eu vejo que formação tem que ser [sic] totalmente diferente hoje (Profissional 6).

Ao considerar os relatos apresentados, constata-se que as questões de gênero atravessam as vivências cotidianas das participantes da pesquisa, que para entender mais a respeito do assunto, buscam conhecimento por conta própria. A profissional 4 expressa que a busca por conhecimento pessoal acaba contribuindo para a sua intervenção profissional. Entretanto enaltece a necessidade e importância da realização de cursos de formação continuada para os/as profissionais que não se dispõem a estudar sobre tal temática. Nesta mesma perspectiva, a profissional 6 explicita que devido aos anos de experiência profissional, a falta dos estudos de gênero na formação profissional não tem impactado sua prática. Os anos de formação permitiram que a mesma pudesse adequar sua atuação junto ao público feminino. Contudo, considera a necessidade da formação, a qual influenciaria sua prática, contribuindo positivamente para o atendimento de saúde destinado às mulheres.

Neste sentido, as transformações na lógica da formação, das práticas profissionais e do cuidado, apontam para a necessidade da educação permanente que contribua significativamente para a mudança e/ou reorientação das práticas e do cuidado em saúde por parte de profissionais e gestores/as. Diante disso, a Educação permanente caracteriza-se como constitutiva de qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (IRINEU, 2018).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) emergiu no Brasil no ano de 2004, instituída pelo Ministério da Saúde. A mesma teve como finalidade, entre outras coisas, traçar estratégias do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus/suas profissionais e trabalhadores/as, buscando articular a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, além de assumir a regionalização do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema de saúde (BRASIL, 2004). Como parte constituinte da Política Nacional de Educação Permanente, e

Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS [Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS], via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2018, p. 23).

Entre os objetivos do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS, destaca-se a promoção da formação e do desenvolvimento dos/as trabalhadores/as do sistema de saúde, a partir de problemas cotidianos, apresentados na atenção à saúde e à organização do trabalho na área. O Programa também tem a finalidade de contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos/as trabalhadores/as do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão dos serviços, como também fortalecer as práticas de Educação Permanente nos territórios. Neste caso, evidencia que esta é uma proposição do Governo Federal, que tem se atentado à formação continuada de profissionais da Saúde, alinhada aos princípios e diretrizes

que estruturam o SUS, podendo repercutir no processo de formação dos/as trabalhadores e trabalhadoras do CAPS AD III.

### 6.3 AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE GÊNERO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O ATENDIMENTO OFERTADO ÀS MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS NOS CAPS AD III

Os Estudos de Gênero, quando presentes na formação profissional e nas práticas dos/as trabalhadores/as da saúde, podem contribuir significativamente para um atendimento de saúde integral, preocupado em garantir o acesso ao direito à saúde de mulheres dependentes químicas. Assim, quando questionados/as sobre as contribuições da inserção de tais estudos para a atuação profissional junto às mulheres atendidas nos CAPS AD III, estes/as revelam que:

[...] acho que todo mundo deveria ter uma capacitação, porque as pessoas ainda são muito conservadoras, não sei se é essa palavra, mas as pessoas são muito preconceituosas, as pessoas são muito, por mais que temos trabalhadores jovens, a cabeça é muito limitada, então a gente se debate com ideias muito antigas, então acho que a gente deveria ter sim capacitação constante em relação ao tema do gênero, para que quando a gente tenha um assunto, por exemplo, ah nós vamos acolher uma paciente, a paciente foi vítima de abuso sexual, paciente que foi vítima de violência e não escutar coisas do tipo [sic]: “ah, mas tem que ouvir as duas partes, né?” Para que isso não aconteça, para que não seja um ou dois profissionais que fiquem trabalhando só em cima disso, porque são coisas que cansam, você parece que trabalha sozinha. [...] Eu acho que fica sempre no sentido assim, Psicologia e Serviço Social que tem que se importar com isso, Psicologia e Serviço Social que tem que ter esse olhar sobre a pessoa e não, eu acho que todo o profissional que entra em contato com esse paciente tem que ter esse olhar, não importa se você é da enfermagem, não importa se você é médico, na verdade principalmente, não importa, se você está em um serviço de saúde mental você tem que ter esse olhar [...] (Profissional 3).

Para a Profissional 6, receber capacitações sobre as questões relativas ao gênero poderia contribuir significativamente no processo de recuperação das mulheres dependentes químicas, bem como para o trabalho desenvolvido pela equipe dos CAPS AD III. Na entrevista, fica evidente o desconforto que a colaboradora sente ao encontrar em sua prática, profissionais, parte da equipe técnica, que perpetuam

preconceitos em relação às mulheres, e tornam um ambiente que deveria ser de acolhimento e atenção psicossocial, em um espaço de julgamentos.

Neste sentido, o conservadorismo tem se feito presente neste espaço, o que dificulta o atendimento destinado às mulheres. Para a mesma, alguns assuntos demandam abordagens neste sentido, como por exemplo, os casos em que são atendidas mulheres vítimas de abuso sexual ou outros tipos de violência. A entrevistada expressa que por vezes se sente sozinha na atuação profissional. Ainda pondera que discutir gênero deve ser parte constituinte da formação profissional em saúde, independentemente do local em que o/a profissional irá atuar, seja em um serviço de saúde mental ou em outro local.

Além disso, a exposição chama atenção para as dificuldades relativas à falta de um trabalho interprofissional que pense nas questões relativas ao gênero dentro do serviço de saúde. Segundo Queiroz *et al.* (2022), uma prática ancorada na integralidade na atenção à saúde das mulheres requer que os/as profissionais desenvolvam um trabalho em equipe e interprofissional. Estabelecendo a escuta qualificada, articulada a uma atuação multiprofissional que privilegie a construção do vínculo entre profissionais e usuários/as. Para os/as autores/as, é necessária uma articulação da equipe, não somente com seus membros, mas também com os diversos serviços e equipes que compõem a rede. Neste contexto, a integralidade requer uma prática colaborativa e interprofissional, capaz de contribuir para a atuação profissional nos serviços de saúde. Do mesmo modo, a profissional 1 explicita a contribuição da inserção dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde. Para ela:

Eu acredito que contribui, pois, a gente percebe que o machismo está intrínseco dentro da sociedade. A gente têm muitos homens que vêm aqui e trazem a questão, porque é o que eles viveram, é o que trazem de herança, então acaba afetando a vida deles como um todo, com um relacionamento, com suas companheiras, com suas filhas e isso se você tem um conhecimento maior você consegue dentro do seu atendimento proporcionar uma reflexão para essas pessoas, inclusive para as mulheres que vão ser atendidas, no sentido de modificar algumas questões delas, de se sentirem mais fortalecidas de buscar o fortalecimento das mulheres e de buscar dos homens entenderem da igualdade de gênero, então se você tem um conhecimento maior você pode aplicar isso durante o atendimento, durante os trabalhos de grupos, influencia sim, então a discussão e a abertura do profissional embute depois no atendimento (Profissional 1).

A cultura machista está na sociedade e vai repercutir nos serviços de saúde. Esta poderá se manifestar a partir das vivências dos/as pacientes, mas também poderá orientar as práticas dos/as profissionais. Para a profissional 1, o machismo permeia as relações sociais, por conta disso muitos homens chegam ao serviço reproduzindo vários comportamentos machistas. Para ela, ao entender os debates acerca da categoria gênero, é possível intervir com o fim de modificar ou então transformar a realidade em que se encontram os/as usuários/as. No caso das mulheres, a formação pode contribuir para que elas se fortaleçam. No caso dos homens, ela propõe que sejam tecidas discussões sobre igualdade de gênero, que segundo a mesma, darão suporte para o atendimento desenvolvido dentro de serviços de saúde. Deste modo, a profissional 2 revela que:

Eu acho que é um tema bem importante, pensando na atualidade que está bem evidente essas questões, de mudar talvez o pensamento de muitos, acredito que contribuiria né, para entender que muitos tratam de forma preconceituosa né [sic], essas questões e acho que agregaria muito para a vida dos pacientes (Profissional 2).

Para a profissional, devido às práticas preconceituosas que se apresentam no cotidiano de trabalhadores/as e usuários/as, a inserção dos Estudos de Gênero na formação profissional agregaria na vida dos/as pacientes usuários/as do serviço. Para além disso, a profissional 4 explicita que:

Acho que a gente não precisa se restringir somente enquanto serviço, acredito que socialmente a gente precisa repensar urgentemente isso, não só as questões de identificação de gênero e tudo mais, mas a desigualdade de gênero, eu acho que a gente faz um trabalho bem bacana nesse sentido, a gente tenta sempre estar atento às diferentes demandas dos diferentes gêneros, a gente se atenta à questão do transgênero também, a gente procura inclusive enfatizar com todos os profissionais a questão do respeito, a tratar como a pessoa quer ser tratada, o nome social, se necessário a gente orienta os pacientes, a gente está sempre fazendo esse trabalho de “formiguinha” de conscientização, quando vão acontecendo as situações, mas eu acho que é primordial a gente falar sobre [...] (Profissional 4).

Em consonância com a entrevista da profissional 4, a inserção dos Estudos de Gênero na formação em saúde é necessária para subsidiar e repensar a intervenção profissional, mas também se faz essencial para tecer reflexões a este respeito na vida

em sociedade. De acordo com ela, é urgente pensar a respeito das questões ligadas às identidades de gênero, mas também as desigualdades que a acompanham. Atenta-se para a necessidade de contemplar os/as vários/as sujeitos e sujeitas que demandam do atendimento do serviço e enfatiza que o respeito deve nortear tais práticas, respeito, inclusive no que se refere ao tratamento de pessoas transexuais e travestis, no uso de seu nome social.

O nome social foi um direito conquistado por pessoas transexuais e travestis mediante a instituição da Portaria nº 1.820/2009, a qual dispõe sobre os direitos e deveres dos/as usuários/as da saúde. O mesmo também está previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT e se refere ao uso do nome social pelo qual travestis e transexuais preferem ser chamados/as. Diferenciando-se do nome do registro civil, o uso do nome social nos serviços de saúde é garantido por intermédio da Portaria supracitada, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado de modo preconceituoso ou desrespeitoso (BRASIL, 2009).

A inserção dos Estudos de Gênero na formação daqueles/as que atendem no CAPS AD III, além de atentar-se para as noções de respeito, possibilita que o atendimento de saúde seja pensado e articulado com a rede socioassistencial, com as delegacias que atendem mulheres vítimas de violência, assim como mediante a execução de oficinas sobre tais temática. Aspectos que podem ser observados na entrevista da profissional 3:

Eu penso que a gente precisa, acho que até em questão de pesquisa de dados, que eu vejo que ainda é pouco, precisa demais, pensando nessa questão de gênero da mulher em especial, que a rede também precisa se articular e a gente junto de [sic] pensar sobre isso e construir alguma coisa, por exemplo até sobre a questão de proteção, da delegacia da mulher, são coisas que cada um está no seu quadradinho, não tem uma articulação, não existe isso, quando aparece um quadro aqui que a gente vê que a mulher ela chegou ou ela verbaliza que ela sofreu a violência doméstica ou a gente observa e chama para conversar e saber e para dar os encaminhamentos necessários, a gente fica como umas baratas tontas, a gente sabe que tem a delegacia da mulher, mas como? Não tem nada construído que por exemplo chegou e a gente vai fazer isso, e isso e isso, vamos acionar tal serviço ou tal serviço. Não tem, e também não tem um trabalho com essas mulheres e falando aqui da gente, de até pra [sic] trazer isso à tona, porque tem muitos casos, elas falam em atendimento individual, mas de pensar junto às mulheres, de saber dos seus direitos de ser vistos, não tem, então também fica cada um no seu quadradinho (Profissional 3).

A profissional 3 acredita que a inserção e a realização de estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao gênero no CAPS AD III são essenciais para que os/as profissionais conheçam a demanda atendida. Além de que é necessário que tais estudos ocorram em articulação com a rede de atendimento, para intervir, essencialmente, nos casos de violência perpetradas contra as mulheres. Atenta-se para a necessidade de construir um instrumento capaz de direcionar a atuação profissional no que tange o encaminhamento adequado das mulheres que necessitam de atendimento de cunho protetivo. Por fim, a profissional explicita que há a necessidade de desenvolver um trabalho com as mulheres para discutir questões referentes às realidades delas, em especial no que diz respeito aos seus direitos. Para a profissional 6, a inserção dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde, pode contribuir para que as mulheres acessem o direito à saúde, mediante o ingresso no CAPS AD III. Para ela:

Eu acho que a gente com certeza, digamos que carecemos de um atendimento voltado para as mulheres, acho que isso precisa ter investimento, precisa voltar mais o nosso olhar para isso, porque não consigo imaginar. As pesquisas mostram que as mulheres estão cada vez mais tendo problemas com uso de substâncias, mas isso não está se refletindo no que chega pra nós aqui, então talvez seja importante a gente olhar o porquê isso não está acontecendo e pensar em como fazer isso acontecer e como trazer essas mulheres pro [sic] serviço, não acho real se a gente pegar dados que essa proporção, 80, 90% não parece real, dá pra pensar em talvez 60% de homens, mas acho que tem muitas mulheres que não conseguem chegar até nós, não sei muito bem o porquê e acho que nesse sentido tem muito que a gente possa fazer para tentar entender (Profissional 9).

A profissional 9 atenta-se para a necessidade de investir em um atendimento voltado para as mulheres, visto que, segundo ela, as mulheres estão cada vez mais suscetíveis a desenvolver quadros de dependência química devido ao uso compulsivo de substâncias psicoativas. Entretanto, inúmeras delas não chegam ao serviço, o que ocorre por variados motivos, os quais, segundo a entrevistada, precisam ser investigados e compreendidos, demandando deste modo a inserção dos Estudos de Gênero neste espaço. Do mesmo modo, a profissional 11 expressa que:

Para mim eu acho importantíssimo, porque um dado que eu já estou visualizando, que essa pesquisa de gênero vai ser muito boa, é que a

gente precisa saber porque essas mulheres estão chegando tardiamente para nós, porque elas não vêm antes, elas já fazem uso intenso, crônico, porque elas não tiveram prejuízos tão grave que não vieram buscar, até pelo perfil do que elas fazem que elas não conseguiram acessar o serviço, porque é um público que a gente sabe que existe, mas que em efetivo não está vindo, se é realmente por conta dessa dificuldade do tratamento porque ela que é a mãe e tem que ficar cuidando dos filhos, ou porque está em um estado que ela não se percebeu e está em um estágio ativo e não se vê com prejuízo porque ainda tem que dar conta do serviço, tem que dar conta das estruturas (Profissional 11).

Evidencia-se que para conhecer a realidade das mulheres atendidas no serviço, são necessárias pesquisas e discussões relativas ao gênero na formação e na atuação profissional. A partir do relato ora apresentado, nota-se que a profissional não consegue compreender de modo conclusivo quais os motivos que limitam o acesso das mulheres ao tratamento de saúde ofertado pelo CAPS AD III. Contudo, em sua exposição, apresenta elementos que justificam as limitações para o acesso. Segundo a mesma, entre outras coisas, o cuidado que as mulheres exercem para com os/as filhos e filhas, mediante a maternidade, pode influenciar no acesso e na permanência no serviço.

É, portanto, neste contexto permeado por barreiras culturais, sociais, geográficas e econômicas que estão inseridas as mulheres dependentes químicas em tratamento nos CAPS AD III dos municípios de Cascavel - PR e Toledo - PR. Além das limitações cotidianas com relação ao acesso aos serviços, as mulheres atendidas enfrentam o risco à saúde, violações de direitos, preconceitos, violências, desigualdades sociais e de gênero.

Diante desta realidade, partindo da premissa de que o Estado tem o dever de garantir o acesso e a permanência nos serviços de saúde, bem como a assistência integral à saúde da mulher, aos serviços de saúde, cabe ultrapassar a lógica biomédica ou biológica, implementando políticas que tenham um olhar para as singularidades culturais, econômicas, e sociais, bem como para as questões relativas ao gênero feminino, objetivando, deste modo, atender integralmente as necessidades das mulheres dependentes químicas.

Assim, a inserção dos Estudos de Gênero nos cursos de formação profissional em saúde permite mostrar uma nova dimensão da desigualdade de gênero e explicar situações que não teriam visibilidade sem este enfoque. Neste sentido, a não

incorporação da categoria gênero na formação profissional em saúde expressa um atraso para a política de saúde e saúde mental. Visto que, uma formação profissional que considere as singularidades de gênero pode repercutir na atenção à saúde das mulheres, produzindo autonomia e protagonismo, fortalecendo o exercício da cidadania e contribuindo para a transformação e a desconstrução de paradigmas relacionados às mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou analisar a contribuição da inserção dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de onze profissionais da área da saúde, para o tratamento de saúde das mulheres dependentes químicas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III), localizados nos municípios de Cascavel-PR e Toledo-PR. Sendo os/as profissionais participantes da pesquisa: 2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 terapeutas ocupacionais, 2 médicas/os e 1 educador físico.

A partir do objetivo geral, foram delineados objetivos específicos que permitiram evidenciar ao longo das seções que a busca por saúde sempre imperou na vida em sociedade, entretanto a condição de saúde não se reduz aos aspectos puramente biológicos, leva em consideração o contexto cultural, familiar, social, político, econômico, psicológico e ambiental nos quais grupos e indivíduos estão inseridos. Os aspectos ora apresentados constituem-se enquanto Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e condicionam o processo saúde-doença.

Enquanto um constructo social, a categoria gênero, a qual se constitui a partir das representações sociais de feminilidade e masculinidade também será capaz de produzir saúde e doença, caracterizando-se enquanto um DSS. Assim, as relações desiguais de gênero, que incidem, em maior proporção, sobre as mulheres, têm repercussões para sua condição de saúde e na produção da doença.

Tratando-se das mulheres acometidas pela dependência química, evidencia-se que as vivências vinculadas às desigualdades de gênero terão impacto em seu tratamento de saúde. No caso das mulheres em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) dos municípios de Cascavel-PR e Toledo-PR, observa-se algumas particularidades ligadas aos papéis sociais desempenhados por elas, os quais atravessam suas vivências, bem como o cotidiano dos serviços, aqui destaca-se a responsabilização pelos/as filhos, pelas atividades doméstica e o cuidado dirigido aos/as companheiros/as e outros familiares. Por vezes estas mulheres sofrem com a violência perpetrada contra elas, seja pelos companheiros ou pelos homens que ocupam o mesmo espaço no momento do tratamento de saúde. Algumas estão inseridas em relações abusivas, nas quais são obrigadas a fazer o uso e também a comercializar substâncias psicoativas. Elas são

estigmatizadas pela condição em que se encontram e, devido à própria doença, sofrem com o preconceito da sociedade. Em algumas situações os preconceitos são perpetrados por profissionais de dentro do serviço, o que se caracteriza como um limite no que concerne à prática da equipe multiprofissional dos CAPS AD III.

Para além disso, por questões relacionadas às desigualdades de gênero, muitas mulheres não chegam ao serviço, outras quando chegam não aderem ao tratamento. Há também mulheres que acessam o CAPS AD III por conta de mandado judicial, com o objetivo expresso de recuperar a guarda de seus filhos e filhas. Em alguns casos o exercício da maternidade tornou-se mais importante que o próprio tratamento de saúde.

Por meio das entrevistas evidencia-se que as questões de gênero permeiam o cotidiano das/os profissionais do CAPS AD III, no entanto, não há ações no serviço que efetivamente busquem pensar e desenvolver um trabalho ligado à temática de gênero, o que poderia contribuir de modo significativo para o atendimento de saúde das mulheres atendidas pelo mesmo, assim como para as práticas profissionais voltadas a atender especificamente suas necessidades.

Por outro lado, nota-se que os/as profissionais do serviço reconhecem, em algum grau, que há questões ligadas ao gênero que se apresentam cotidianamente no CAPS AD III. Porém, por não compreenderem, ou por entenderem de modo limitado o significado acerca de tal categoria, não dão centralidade para tal Determinante Social da Saúde, fato que pode repercutir diretamente no tratamento de saúde de mulheres dependentes químicas. Assim, invisibilizar os Estudos de Gênero na formação em saúde acarretam também na invisibilidade da categoria gênero nos serviços de saúde e, portanto, na atuação profissional junto às mulheres. Deste modo, atentar-se para as relações desiguais de gênero que constituem a vida deste público significa comprometer-se verdadeiramente com as necessidades de saúde delas, levando em consideração a pluralidade que constitui o ser mulher, quanto aos marcadores de raça, etnia, classe social, sexualidade, localidade, idade e entre outros.

Neste sentido, uma formação profissional inicial e continuada que dê centralidade para a temática gênero, ou seja, que dê visibilidade aos Estudos de Gênero, se apresenta como um imperativo capaz de fortalecer as práticas na área da saúde e saúde mental, contribuindo significativamente para o tratamento das mulheres acometidas pela dependência química.

De acordo com os/as profissionais entrevistados, a inserção dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde pode limitar a ocorrência de práticas conservadoras e preconceituosas advindas dos/as próprios profissionais. Também permite que sejam pensados e trabalhados, entre profissionais e usuários, temas específicos que atingem, em maior proporção, as mulheres. Além disso, os/as profissionais participantes da pesquisa consideram que dar o enfoque ao gênero no âmbito da formação em saúde terá repercussões para o tratamento das mulheres atendidas no CAPS AD III, na medida em que promove o fortalecimento e empoderamento das mesmas.

A inserção dos Estudos de Gênero na formação profissional em saúde contribui também para que o atendimento de saúde dirigido às mulheres seja um atendimento integral, comprometido com a garantia do direito social à saúde, materializado por meio da Política de Saúde brasileira mediante os serviços que compõem o SUS. Assim, a atenção integral à saúde somente é possível a partir de ações que considerem o enfoque de gênero enquanto um determinante do processo saúde-doença. Neste contexto, constata-se que *a invisibilidade dos Estudos de Gênero na formação de profissionais da área da saúde dificulta a oferta de um tratamento de saúde integral às mulheres dependentes químicas*, visto que o atendimento de saúde ofertado pelos CAPS AD III dos municípios de Cascavel e Toledo, destinado a este público, ao desconsiderar a categoria gênero no tratamento de saúde, inviabiliza que estas mulheres sejam atendidas a partir de suas particularidades e singularidades, as quais estão diretamente vinculadas à sua condição de gênero, o que pode contribuir para que estas tenham acesso à atenção e à saúde de modo Integral. Deste modo, por não possuírem uma formação profissional atenta para tal questão, os profissionais não se encontram qualificados para trabalhar com tal enfoque, fato que confirma a premissa deste trabalho.

Assim, os serviços de saúde demandam de profissionais que orientem sua atuação a partir do enfoque de gênero, a fim de promover um atendimento de saúde integral, comprometido com a garantia do direito à saúde das mulheres. Além disso, são necessárias políticas educacionais que orientem os cursos de formação profissional inicial e continuada com esta finalidade, o que pode contribuir para o acesso e a garantia do atendimento integral à saúde das mesmas.

Diante do exposto, verifica-se que a inserção dos Estudos de Gênero tem muito a contribuir para formação inicial e continuada na área da saúde, bem como para o

atendimento de saúde das mulheres. Assim, uma formação profissional atenta para as particularidades do atendimento à saúde da mulher, viabiliza e oportuniza o acesso, a permanência e a efetividade do tratamento de saúde das mulheres dependentes químicas.

Contudo, há que se atentar para o fato de que, embora a inserção dos Estudos de Gênero na formação inicial e continuada de profissionais contribua para a oferta de um tratamento de saúde integral às mulheres dependentes químicas, as desigualdades de gênero vivenciadas pelas mulheres podem colocar limites quanto ao acesso e permanência delas nos espaços que ofertam tratamento de saúde para a dependência química.

Deste modo, há a necessidade de implementar políticas públicas capazes de pensar as questões relativas ao gênero com a finalidade de fortalecer as usuárias do serviço de saúde mental mediante discussões que permitam que estas pensem acerca das desigualdades que vivenciam cotidianamente, contribuindo, assim, para a efetividade do tratamento da dependência química.

Diante do exposto, o CAPS AD III pode se caracterizar enquanto objeto de transformação social, capaz de minimizar as opressões e as violências vivenciadas pelas mulheres atendidas pelo serviço. Mas isto implica que as discussões acerca da categoria gênero estejam presentes nos cursos de formação inicial e continuada da área da saúde. Demanda também de políticas públicas na área da Educação, preocupadas em dar visibilidade para o tema nos cursos de formação, os quais estejam preocupados em exercer práticas comprometidas com o respeito às diferenças, a luta contra o sexismo, o machismo, a homofobia e o racismo. Neste sentido, as atividades educacionais caracterizam-se como essenciais para a promoção de práticas nesta direção, assim como pela busca de uma sociedade na qual impere a igualdade e a justiça social.

Em suma, a conclusão deste trabalho represente também a finalização de uma das tarefas mais desafiantes que me propus a fazer enquanto pesquisadora. As transformações ocasionadas pelo doutoramento e a elaboração da presente pesquisa, fazem com que eu me compreenda como produto final deste processo. Enquanto doutoranda e pesquisadora, a elaboração da tese me qualificou, permitiu que por mim fossem explorados temas e assuntos novos, mas necessárias para a academia e também para a sociedade. Enquanto Docente, a conclusão da presente pesquisa reforça meu compromisso com uma Educação anticlassista, antirracista, antissexista,

preocupada em promover transformação social. Como mulher negra, periférica e parte da classe trabalhadora, a produção e finalização deste trabalho me transformou, produziu mudanças em mim, as quais levarei para minha vida pessoal, para a vida na pesquisa e na docência. Assim, o Doutorado cumpriu com seu papel, produziu mudanças que me qualificam para intervir a fim de modificar e transformar a realidade social.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.
- ADICHIE. Chimamanda Ngozi. **Sejamos Todos Feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- ALARCON, Sérgio. Drogas Psicoativas: Classificação e Bulário das principais Drogas de Abuso. In: ALARCON, Sérgio. JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Álcool e Outras Drogas: Diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012a, p.103-129.
- ALARCON, Sérgio. Drogas Psicoativas: Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química. ALARCON, Sérgio. JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012b, p.129-150.
- ALARCON, Sérgio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. ALARCON, Sérgio. JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012c, p. 45-62.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018. p. 2067-2074.
- ANSCHAU, Queli. **As Contribuições Feministas à Proteção Social no Estado Capitalista**. 200 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2020.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mala à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo Sexo: experiência vivida**. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.
- BECK, Dinah Quesada; GUIZZO, Bianca Salazar. Estudos culturais e estudos de gênero: proposições e entrelaces às pesquisas educacionais. **Holos**, ano 29, v. 4, p. 172-182, 2013.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdade: limites da democracia no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

BORDIEU, Pierre. **A Dominação masculina**. 11ª Edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BORGES, Jakeline; CRUZ, Carlos. **Descomplicando: saúde pública e saúde coletiva** 1ªed, Salvador: Independente, 2021, p. 200.

BRANDÃO, Eliane Reis; ALZUGUIAR, Fernanda Vecchi. A importância do ensino sobre gênero na graduação em Saúde Coletiva: uma interseção necessária. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.2, p.67-79, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.html). Acesso em: 13 de out. de 2021.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 31 de março de 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 31 de março de 2021.

BRASIL. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório Final**. Brasília: Ministério da saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 14 de out de 2021.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Ministério da Saúde**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html) Acesso em: 31 de maio de 2021.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Lei Maria da Penha**. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm) Acesso em: 26 de out. de 2021.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf) Acesso em: 13 de out. de 2021.

BRASIL. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. **Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica [...]**. Brasília: Presidência da República, 2002a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10409.htm) Acesso em: 13 de set. de 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2009. **Aprova a Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm) Acesso em: 18 de out. de 2021.

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

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm) Acesso em: 13 de out. de 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério Da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília – DF 2013.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Acesso em 31 de março de 2021.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros**. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)

Acesso em: 31 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes (PNAISM)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. LEI nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências**.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm). Acesso em: 31 de março de 2021.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – **Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm)>. Acesso em: 31 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Informática do SUS**. Produtos e Serviços: cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 58 p.

BRASIL, 2017 Resolução nº 32. **Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhetto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf) acesso em: 28 de fevereiro de 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990].

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...].** Brasília: Presidência da República, 2006.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. **Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio.** Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm) Acesso em: 28 de out. de 2021.

BUENO, Samira; MARQUES, David. PACHECO, Dennis. **As mortes decorrentes de intervenção policial no Brasil em 2020.** Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033> acesso em: 30 de nov de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt> acesso em: 30 de nov de 2022.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. In. HOLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.440.

BOURDIEU, Pierre. 1930-2002. **A dominação masculina/Pierre Kühner.** - 11º ed. - Rio de Janeiro, 160p.

BREVIOLIERI, Henrique. O Fundamento Da Psicanálise: Concepções Acerca Do Inconsciente. **AIDEIA – Revista de Sociologia e Filosofia do Colégio Estadual do Paraná**, 2018, p.15-28.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o Feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. HOLANDA, Heloísa Buarque de (Org). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.440.

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

CASALI, Jessica Pereira; GONÇALVES, Josiane Peres. Pós-estruturalismo: algumas considerações sobre esse movimento do pensamento. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão- REDD**. 2018. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/redd/index>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2023.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009.

CASTRO, Marcelo Macedo Corrêa e. AMORIM, Rejane Maria de Almeida. A Formação Inicial e a Continuada: diferenças conceituais que legitimam um espaço de formação permanente de vida. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 35, n. 95, p. 37-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/CC0101-32622015146800> acesso em: Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). Álcool e a Saúde dos Brasileiros. **Panorama 2021**. São Paulo: CISA, 2021. p. 127. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/304-panorama2021> Acesso em: 31 de ago. de 2021.

CHAVES, André Felipe de Castro Pereira *et al.* **Cartilha Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): IST, Prevenção e Sexualidade**. Teresina-PI. 2020. Disponível em: [https://ufpi.br/arquivos\\_download/arquivos/prex/publicacoes-da-extensao/Cartilha\\_Infeccoes\\_Sexualmente\\_Transmissiveis\\_IST\\_compressed20200610132403.pdf](https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/prex/publicacoes-da-extensao/Cartilha_Infeccoes_Sexualmente_Transmissiveis_IST_compressed20200610132403.pdf) Acesso em: 10 de ago. de 2021.

CICCILINI, Mariane Fabiani. **O trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas no atendimento às mulheres**. 183f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de São Carlos-SP, 2015.

CISNE, Mirla; SANTOS. Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As Causas Sociais Das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da CNDSS. 2008.

Disponível em: <https://www.cndss.icict.fiocruz.br/pdf/home/Relatorio.pdf> Acesso em: 31 de jan. de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). III Conferência Nacional de Saúde Mental de Saúde Mental de Saúde Mental: “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental\\_relatorio.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf) Acesso em: 13 de out. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). RESOLUÇÃO CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 - **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 - **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem** Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Parecer CNE/CES nº 58/2004, aprovado em 18 de fevereiro de 2004 - **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física**. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de abril de 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 - **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Cartilha Sobre o Crack**. 4ª Composição. Brasília: CNJ, 2011. Disponível em: [https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/edicoes/manuais-e-cartilhas/cartilha\\_crack.pdf](https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/edicoes/manuais-e-cartilhas/cartilha_crack.pdf) Acesso em: 31 de ago. de 2021.

COSTA-JUNIOR, F. M. **Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde**. 2010. 122f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero.

**Cruzamento:** raça e gênero. 2018. Disponível em:

<https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf> Acesso em: 31 de jan. de 2023.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p.31.

CUGLER, Priscila Souza. **Gênero, Feminismos e Necessidades de Saúde:** a perspectiva das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). 130f. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DECLARAÇÃO de **Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 31 de jan. de 2023.

DESLANDES. Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p.31.

DOSSIÊ dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naidier Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021 136p

FERRAZZA, Daniele de Andrade; SANT'ANA. Mariana Frediani. Psiquiatrização do Corpo da Mulher e a Resistência Feminista na Luta Pelo Cuidado em Saúde Mental. In. FERRAZZA, Daniele de Andrade. SANT'ANA. Mariana Frediani (Orgs.).

**Mulheres e feminismo: história e desafios**. 1ª ed. Maringá, PR: Perfil Consultoria, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33872/edufatecie.mulheresefeminismo.cap6> acesso em 02 de fev. de 2023. Acesso em: 31 de jan. de 2023.

FISCHER, Rosa Maria B. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In.: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II:** outros modos de pensar e fazer a pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 49-70.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). As mortes decorrentes de intervenção policial no Brasil em 2020. In: BUENO, Samira. MARQUES, David. PACHECO, Dennis (Orgs.) Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. São Paulo: IPEA/FBSP, 2020. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2021/07/4-as-mortes-decorrentes-de-intervencao-policial-no-brasilem-2020.pdf> Acesso em: 31 de ago. de 2021

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: IPEA/FBSP, 2022. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>. Acesso em: 31 de fevereiro de 2023.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde ICICT/FIOCRUZ, 2017. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%c3%8a S.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf). Acesso em: 31 de ago. de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema, de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GAMA, Andrea De Souza. Gênero e Avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In. BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, GAMA, Ana Maria de; SOUSA Andrea de; MONNERAT, Elle Lavinas (Orgs.). **Saúde e Serviço Social** São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p. 79-96.

GOMES, Sávio Marcelino. **Formação em saúde sobre o cuidado à população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual**. 2020. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p. 41.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020, p. 361.

HADDAD, Ana Estela; MORITALI, Maria Celeste; PIERANTONIL, Célia Regina; BRENELLI, Sigisfredo Luis Brenellil. PASSARELLA Teresa Passarella. CAMPOS, Francisco Eduardo. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**, 2009. p. 1-9.

hooks, bell. **E eu não sou uma mulher?** Mulheres negras e feminismo. Tradução LIBANIO, Bhuvi. Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. 2019. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. IBGE, 2019. Disponível em: [http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2021/03/liv101784\\_informativo.pdf](http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2021/03/liv101784_informativo.pdf). Acesso em: 30 de nov. de 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência 2020**. CERQUEIRA, Daniel. BUENO, Samira (Coord.). Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: [200826\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](#). Acesso em: 31 de ago. de 2021.

IRINEU, Roxane de Alencar. **A metodologia ativa e a mediação de gênero na formação superior em saúde**: perspectivas de docentes do Brasil e de Portugal. 2018. 204 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018.

JORGE, Marco Aurélio Soares; BELMONTE, Pilar Rodriguez; ALARCON, Sérgio. O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, Sérgio. JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Álcool e Outras Drogas**: Diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012a. p. 63-81.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos da metodologia científica. 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2003.

LENER, Gerda. **A criação do patriarcado**: história da opressão das mulheres pelos homens. 1. Ed. São Paulo: Cultrix, 2019.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. 2ª Edição Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MATOS, Elisiane Santos de; SACRAMENTO, Sandra Maria Pereira do. Uma análise do feminismo para além do binarismo em “Enquanto meus pés balançam”, de JeisiEkê de Lundu. Fórum Lit. **Bras. Contemporânea**, Rio de Janeiro, 2019. p. 129-157. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/24410-89028-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 de out de 2021.

MACHIN, Rosana; COUTO, Márcia Thereza; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da; SCHRAIBER, Lilia Blima; GOMES, Romeu. FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. VALENÇA, Otávio Augusto. PINHEIRO, Thiago Félix. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 4503-4512, 2011.

MENDONÇA, Eliana Azevedo Pereira de. Tematizando gênero e sexualidade. In. Org: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, GAMA, Ana Maria de; SOUSA Andrea de; MONNERAT, Elelle Lavinias (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p. 265-283.

MEYER, Dagmar Estermann. Gênero e Educação: teoria e política. In. LOURO, Guacira Lopes. FELIPE, Jane. GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, Gênero e Sexualidade**: Um debate contemporâneo na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p.159-177.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 31-47

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: centro de documentação do ministério da saúde. 1984.

NASCIMENTO, Beatriz. **Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

OLIVEIRA, Caroline. **Por que o estudo censurado da Fiocruz desmente a política de drogas do governo Bolsonaro?** Justificando: mentes inquietas pensam direito. 2019. Disponível em: <https://www.justificando.com/2019/06/03/por-que-o-estudocensurado-da-fiocruz-desmente-a-politica-de-drogas-do-governo-bolsonaro/> Acesso em: 18 de out. de 2021.

OLIVEIRA, Esther Guedes da Silva **A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: um estudo de revisão preliminar**. 131 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Tabaco. **OPAS/OMS**, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4968>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Brasília: Gráfica Brasil, p. 58-61, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. OMS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-do-Rio-PT.pdf> Acesso em: 31 de jan. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH)**. Documento técnico Primeiro rascunho. 2011. Disponível em: [https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Primeira\\_versao\\_documento\\_tecnico\\_CMDSS.pdf](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf) Acesso em: 31 de ago. de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Brasília: Gráfica Brasil, p. 58-61,

2001. Disponível em:

<https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde, reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 25-32, 1998.

Disponível em: <https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf> acesso em 31 de jan. de 2023.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagõn; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas, CZERESNIA, Dina. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.119.

PACHECO, Dennis. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. São Paulo: IPEA/FBSP, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/4-as-mortes-decorrentes-de-intervencao-policial-no-brasil-em-2020.pdf>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

PETERS, Michael. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de jan de 2023.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, História e Poder, **Rev. Sociol. Polít.** Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/GW9TMRsYgQNzxNjZNcSBf5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 de jan de 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. p. 4579-4589.

PRATTA. Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 25, n. 2. 2009, p. 203-211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/fvMV4H47vTXFg9GxxXS4dtb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

PROTA, Leonardo; PAIM, Antônio. RODRIGUEZ, Ricardo Velez. **Moral: guias para estudo individual e de grupo**. Instituto de Humanidades, Curso de Humanidades, 2014. p. 1-78. Disponível em: [http://www.institutodehumanidades.com.br/curso\\_humanidades/moral.pdf](http://www.institutodehumanidades.com.br/curso_humanidades/moral.pdf). Acesso em: 28 de out de 2021.

QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; RODRIGUES, Amanda Medeiros; CARVALHO, Ana Luiza Oliveira; MESSIAS, Cláudia Maria; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; SILVA, Giuliana Fernandes e Silva. Atenção à saúde das mulheres: a integralidade

sob a ótica de profissionais de saúde. **Revista Principia**. V. 59, n.2. p. 291-303, 2022

RODRIGUES, Thaís Ferreira. Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. DOSSIÊ História e representações da antiguidade. **Revista Cantareira**. 2015, p. 203-216.

RUBIN, Gayle S. **Políticas do sexo**. Tradução: Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Ubu Editora, 2017. Disponível em: [https://www.ubueditora.com.br/pub/media/productattachment/t/r/trechos\\_politicas\\_do\\_sex0\\_2.pdf](https://www.ubueditora.com.br/pub/media/productattachment/t/r/trechos_politicas_do_sex0_2.pdf). Acesso em: 31 de jan. de 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SANTOS, Ana Carolina Lima dos. **Pessoas trans no SUS**: narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios. Rio de Janeiro, 2020. 167p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SANCHEZ Raquel Maia, CICONELLI Rosana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012; 31(3): 260–8.

SANTOS, Ana Carolina Lima dos. **Pessoas trans no SUS**: narrativas das profissionais de saúde sobre suas percepções, limites e desafios. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

SANTOS, Thalyta Rayanna Fontes Rocha. **As relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju**. 159f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/7zyGyDjyvbP6KvYzzvVCJpr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Tradução: Christine Rufino Dabat Maria Betânia Ávila SCOPP, 1989. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf) acesso em 30 de set. de 2021.

SCOTT, Joan. História das mulheres. In: BURK, Peter (Org.). **A escrita da história**. São Paulo: Editora UNESP, 1992, p.63-95. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4468957/mod\\_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20das%20Mulheres%20Joan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4468957/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20das%20Mulheres%20Joan%20Scott.pdf). Acesso em: 28 de out. de 2021.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira. **Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack**: contribuições para a Enfermagem. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, Patricia Lins da. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas**: barreiras de acessibilidade em um CAPS AD. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SOUSA, Jussara Ferreira de. **A política de atenção a dependentes químicos no município de João pessoa/PB**: uma análise sobre o atendimento a mulheres no centro de atenção psicossocial jovem cidadão. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SOUZA. Neusa Santos. **Tornar-se Negro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar: 2021.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil**: da Colônia à República. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humana da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

ZANELO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2018.

ZOLA, Marlene Bueno. Políticas Sociais, família e proteção social: um estudo acerca das políticas familiares em diferentes cidades/países. In. MIOTO, Regina Célia Tamaso (Org.). **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015, p.43-57.

ZLUHANL, Mara Regina; VANZUITA, Alexandre; RAITZ, Tânia Regina. Da modernidade à pós-modernidade: experiências e significados juvenis. **Revista Reflexão e Ação**. Santa Cruz do Sul, 2017. p. 198-217 Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index> Acesso em: 28 de out. de 2021.

**ANEXOS****ANEXO A**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

**AUTORIZAÇÃO**

Maringá, 12 de julho de 2021.

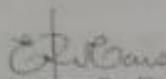
Prezado(a),

Solicitamos autorização para a acadêmica de pós-graduação **THAISE FERNANDA DE LIMA MARES**, colher dados para a pesquisa intitulada **"AS SINGULARIDADES DO GÊNERO FEMININO NO TRATAMENTO OFERTADO AS MULHERES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO ESTADO DO PARANÁ"**. O estudo ora proposto integra o Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE-UEM), do qual a acadêmica faz parte, e é orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Rose Maio.

Destaca-se que os dados colhidos serão eticamente tratados, seguindo as normas prescritas pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Assim, além dos cuidados com a coleta de dados, a identidade das/os profissionais será preservada.

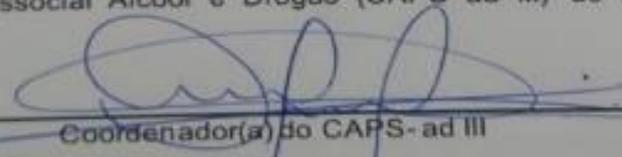
Agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

  
Professora Dra. Eliane Rose Maio

\_\_\_\_\_  
Dra. Eliane Rose Maio

Eu, ODAIR VICIARA DE MIRANDA  
autorizo a realização da pesquisa com a equipe técnica do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad III) do município de Cascavel-PR.

  
\_\_\_\_\_  
Coordenador(a) do CAPS-ad III

## ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

Maringá, 09 de agosto de 2021.

Prezado(a),

Solicitamos autorização para a acadêmica de pós-graduação **THAISE FERNANDA DE LIMA MARES**, colher dados para a pesquisa intitulada **"AS SINGULARIDADES DO GÊNERO FEMININO NO TRATAMENTO OFERTADO ÀS MULHERES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DO PARANÁ"**.

O estudo ora proposto integra o Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE-UEM), do qual a acadêmica faz parte, e é orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Rose Maio.

Destaca-se que os dados colhidos serão eticamente tratados, seguindo as normas prescritas pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Assim, além dos cuidados com a coleta de dados, a identidade das/os profissionais será preservada.

Agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Eliane Rose Maio

Dra. Eliane Rose Maio

Eu, Rodrigo Furlan Marchezoni

autorizo a realização da pesquisa com a equipe técnica do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III - SIM/PR) do município de Toledo-PR.

Diretor executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – Rodrigo Furlan Marchezoni

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

Nome do Projeto	“As singularidades do gênero feminino no tratamento ofertado às mulheres nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas do estado do Paraná”.
Pesquisadora responsável	Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Eliane Rose Maio
Pesquisadora colaboradora	Ms <sup>a</sup> . Thaise Fernanda de Lima Mares

Nome fictício:

Idade:

Cor:

Tem filho(s)/a(s)? Quantos/a(s)?

Graduação em: (ano de início e término)

Pós-Graduação em: (ano de início e término)

Há quanto tempo você atua na instituição?

1 – Quais são as pessoas atendidas na instituição?

2 – Qual o perfil das mulheres atendidas na instituição? Quem são as mulheres atendidas pela instituição?

3 – Há alguma distinção entre o tratamento ofertado para os homens e para as mulheres? Qual?

4 – O tratamento ofertado no CAPS ad III tem observado às questões relativas ao gênero feminino?

5 – Durante a sua formação profissional houve aproximação com os Estudos de Gênero?

6 – Durante o período de atuação na instituição houve alguma capacitação profissional destinada a discutir as questões relativas ao gênero feminino?

7 – Para você as desigualdades de gênero têm impacto no tratamento da dependência química? De que forma?

8 – De que modo são operadas as questões de gênero no âmbito da intervenção profissional no CAPS ad III?

9 – É possível observar diferentes demandas entre os homens e das mulheres em tratamento? Quais?

10 – Quais as vivências das mulheres e dos homens atendidas/os pelo CAPS AD?

11 – Tem alguma sugestão sobre esta temática, a ser desenvolvida no CAPS AD

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Eliane Rose Maio e Thaise Fernanda de Lima Mares, gostaríamos de convidá-la/o a participar da pesquisa intitulada: *Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Estado do Paraná (CAPS-ad III) e o Tratamento Dispensado às Mulheres Dependentes Químicas*. A pesquisa em questão, faz parte do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Diversidade Sexual (NUDISEX/CNPq), orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Eliane Rose Maio. O objetivo da pesquisa é analisar as práticas operadas pela equipe técnica de referência dos CAPS ad III, localizados nos municípios de Cascavel-Pr e Toledo-Pr, considerando as singularidades do gênero feminino durante a realização do tratamento de saúde ofertado pelo serviço.

Para isto, a sua participação ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada, a qual deverá ser gravada, com agendamento prévio e ocorrerá em dia e horário, de acordo com sua disponibilidade, na instituição na qual o(a) profissional está inserido(a) ou por intermédio do serviço de comunicação por vídeo: google meet. Salienta-se que nos casos em que o questionário for aplicado presencialmente, serão obedecidas as normas da vigilância sanitária, que consiste no uso de máscara, distanciamento social e higienização das mãos. Quaisquer dúvidas sobre a pesquisa poderão ser elucidadas, quanto a sua metodologia, antes e durante sua realização. Informamos que poderão ocorrer os riscos/desconfortos a seguir: algum incômodo por adentrarem em questões específicas de suas vivências profissionais, ou perguntas que você não se sinta à vontade para responder. Porém, para amenizar os riscos em caso de ocorrência, o teor das perguntas formuladas prezarão pelo respeito e pela ética na pesquisa. Além disso, o tratamento das informações apresentadas ocorrerá de modo sigiloso, sem a exposição do/a participante. Contudo, a qualquer momento você poderá recusar responder perguntas que lhe cause desconforto ou que não se sinta à vontade para responder.

Tratando-se dos riscos da realização da pesquisa em ambiente virtual, pode haver algumas limitações das pesquisadoras para assegurar total confidencialidade e, portanto, há um potencial risco de sua violação. Para minimizar tais riscos, a pesquisa será desenvolvida em ambiente físico fechado, que não esteja sendo ocupado por outras pessoas além da pesquisadora. E em ambiente virtual, a sala utilizada para a realização comportará apenas a pesquisadora e a/o participante da pesquisa.

Em relação aos benefícios, esperamos que a aplicação desta pesquisa possibilite suscitar os debates acerca dos temas citados e permita que estas discussões possam desenvolver novos níveis de compreensão. Com relação às garantias mínimas, evidencia-se a garantia de que danos previstos serão evitados. Tratando-se dos benefícios da realização da pesquisa em ambiente virtual, a mesmo pode ser uma alternativa para evitar o contato pessoal e, portanto, minimiza os riscos

quanto ao contágio pela COVID 19. A pesquisa virtual também é benéfica para os/as participantes que necessitem de horários mais flexíveis e que prefiram responder as perguntas em ambiente de sua preferência.

Em caso de dúvidas ou se necessitar de mais esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (COPEP/UEM), o COPEP, cujo endereço consta neste documento, este é um colegiado interdisciplinar e independente, que possui caráter consultivo, deliberativo e educativo, o mesmo foi criado para defender os interesses, a integridade e a dignidade dos sujeitos de pesquisa e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012-CNS-MS.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelas/os pesquisadoras/es e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos/as de modo a garantir o acesso ao documento completo. O TCLE também será encaminhado ao/à participante por e-mail no formato de arquivo devendo ser enviado rubricado pela pesquisadora responsável, ou pela pessoa por ela delegada, em todas as suas páginas e assinado ao seu término, salienta-se aqui a importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico quando a coleta de dados ocorrer em ambiente virtual, usando o e-mail ou outros meios

Salienta-se que após a realização do estudo, todo material obtido será mantido em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme prevê a Resolução 466/2012-CNS-MS.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido/a e concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa coordenada pela Professora Dra. Eliane Rose Maio.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Data:

Eu, Thaise Fernanda de Lima Mares, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.



Assinatura da pesquisadora

Data:

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora, conforme o endereço abaixo:

Coordenadora: **Eliane Rose Maio**

Endereço: Av. Colombo, 5790 – Maringá-Paraná

Telefone/e-mail: (44) 3011 - 4887 – elianerosemaio@yahoo.com.br

Nome: **Thaise Fernanda de Lima Mares**

Endereço: Rua Jacutinga, 1780 – Cascavel – Paraná.

Telefone/e-mail:Thaisemares@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Pró – Reitoria de Pesquisa e Pós – Graduação (PPG) da UEM.

Bairro Jardim Universitário. CEP 87020-900. Maringá-Pr.

Tel: (44) 3011 - 4597

Fax: (44) 3011 - 4444

E-mail: copep@uem.br

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8h às 11h40 e 14h às 17h30.