

1. Introdução

O consumo de drogas é tão antigo quanto à humanidade e, com o passar dos séculos, o recurso às drogas, inicialmente de cunho ritualístico ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável, até mesmo banal (COSTA, 1999).

Numa perspectiva histórica, pode-se dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX e que o progresso da química industrial, da farmacologia e da medicina deram-lhe a sua dimensão moderna.

O uso de drogas por mulheres também vem aumentando e, embora em proporção ao dos homens seja bem menor, tem-se tornado alvo de preocupações dos especialistas da área, apesar das pesquisas nesse campo ainda serem reduzidas.

Há pelo menos quatro modelos principais de encarar a utilização da droga e os seus três componentes interativos (a substância, o indivíduo e o contexto): o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sócio-cultural (NOWLIS apud COSTA, 1999).

No Brasil, no âmbito da justiça, principalmente, adota-se o modelo jurídico-moral, onde as drogas são encaradas como inofensivas ou perigosas, e no caso da delimitação de algumas como nocivas, a exemplo daquelas consideradas ilícitas, se faz necessário impossibilitar seu acesso à população em geral. São consideradas como agente ativo, e a ênfase é colocada nos efeitos perigosos da substância. Baseia-se nos conceitos de legalidade ou ilegalidade, de finalidade medicinal ou não-medicinal (CRUZ et al, 1999).

No modelo médico, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, como agente, hospedeiro e meio-ambiente, como num esquema utilizado para doenças infecciosas. Sendo a droga o agente, assume o papel mais importante entre os três elementos. As substâncias são definidas aqui como causadoras de dependência e, na mesma linha do modelo jurídico-moral, atribui-se maior importância a droga como agente ativo. No modelo médico, não há distinção entre as drogas legais ou ilegais, mas sim entre causadoras ou não de dependência (COSTA, 1999).

O modelo psicossocial considera o indivíduo como agente ativo. Tem a preocupação com o significado do uso da droga e sua função para o indivíduo. Compreende que o uso da droga só faz sentido enquanto desempenha uma função para o mesmo.

O modelo sócio-cultural centra-se no contexto em que se desenvolve o uso da droga. Considera não apenas os efeitos farmacológicos, mas prioritariamente a maneira como cada sociedade encara o seu uso, os seus consumidores e a eles se posiciona.

Cada modelo expressa uma forma de compreensão do uso de drogas e dos fenômenos a eles relacionados, e todos apresentam limitações. O modelo sócio-cultural possibilita uma compreensão mais ampla da questão, mas é criticado por não oferecer soluções rápidas e pragmáticas para as necessidades assistenciais (CRUZ apud COSTA, 1999).

Segundo Bucher (1992), as formas de tratamento compreendem três modelos clássicos: o psiquiátrico, o comportamental e o psicodinâmico ou relacional. Além destes três, formas novas ou experimentais originaram um quarto modelo, o eclético ou alternativo, mas este ainda carece de uma elaboração teórica consistente. Aqui se inserem diversas tentativas de terapias corporais, grupais, comunitárias, familiares e religiosas.

Atualmente há maior número de vagas destinadas ao tratamento dos usuários de drogas nos centros de recuperação do que na década de 80, quando foram criados no Brasil centros de referência para o tratamento ambulatorial e a pesquisa nessa área, e a oferta de tratamentos específicos para a população feminina também tem se ampliado.

Vários estudos sugerem que mulheres usuárias de drogas obtêm maiores benefícios quando tratadas em programas especializados e que respondam de forma específica às diversas dimensões de sua problemática. Brasiliano e Hochgraf (1999) apontam Roth e James (1994) como autores que trabalham nessa perspectiva, e Hodgins e Cols. (1997), destacando que essas abordagens têm sido pouco estudadas e sua efetividade permanece desconhecida.

Existe um considerável debate sobre os benefícios dos programas de tratamento exclusivos para mulheres versus os “mistos”. É possível que os serviços exclusivamente femininos atraiam mulheres de backgrounds específicos, possivelmente mulheres com filhos dependentes, lésbicas, mulheres

com uma história materna de problemas com álcool ou drogas e mulheres que sofreram abuso sexual na infância (EDWARDS et al., 1997).

Em geral, como nos tratamentos mistos há interação entre homens e mulheres, os interesses dos homens predominam, especialmente quando as mulheres são em menor número, o que normalmente acontece em centros de tratamento para dependência química. Conseqüentemente, um tratamento específico para as mulheres permite que elas tenham a oportunidade de participar integralmente, o que não ocorreria em grupos mistos. O tratamento exclusivo facilitaria, ainda, a abordagem das questões relacionadas à violência sexual e doméstica, tão comum nesses casos (ROTH e JAMES apud BRASILIANO, 2001).

Nosso interesse pela temática nasceu há cerca de cinco anos atrás, enquanto atuávamos na coordenação técnica da 1ª Clínica Popular do Estado do Rio de Janeiro, destinada a recuperação de usuários de drogas. Lá deparamo-nos com a difícil realidade das mulheres e pudemos constatar a extrema necessidade de lhes oferecer um tratamento específico que se propusesse tanto a ajudar na interrupção do uso de drogas, quanto nas outras questões que se colocavam como demandas de atendimento, como por exemplo, as relações afetivas, o cuidado com os filhos e com o corpo.

Inicialmente o investimento concentrou-se num levantamento bibliográfico onde foram encontrados alguns textos específicos que em suas discussões priorizavam as dimensões biológicas e psicológicas do fenômeno. E no campo do serviço social, identificamos a existência de uma lacuna no debate.

Tal contexto estimulou-nos a desenvolver um estudo acadêmico na área, a partir de uma perspectiva inscrita no âmbito das ciências sociais, por entendermos que o uso de drogas entre mulheres precisa ser explicado para além da via clínica, se constituindo enquanto fenômeno social e histórico.

Nesta direção recortamos como objeto de pesquisa, a análise da especificidade do tratamento oferecido às usuárias de drogas em dois centros públicos de atendimento do Estado do Rio de Janeiro.

Como pressuposto principal temos que um tratamento destinado às mulheres que não inclua a especificidade de gênero pode acabar por reforçar o processo social mais amplo de violência de gênero a que elas estão submetidas historicamente.

Supomos também que a especificidade possa estar reduzida a questão da separação entre os sexos, sem que necessariamente se proponha uma abordagem referendada pelas singularidades do gênero feminino.

E como último pressuposto pontuamos que um tratamento para as usuárias que considere a especificidade feminina sob uma perspectiva de gênero pode influir positivamente na adesão.

Nessa perspectiva objetivamos discutir o uso de drogas por mulheres a partir da categoria gênero e do conceito de violência de gênero.

A referência utilizada aqui para pensar gênero é aquela adotada por Heilborn (1995), inscrita no campo das ciências sociais, situando-o como

"construção social do sexo, o que significa dizer que a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica, somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. É a cultura quem humaniza a espécie e o faz em sentidos muito diferentes" (HEILBORN, 1995:102).

Cabe lembrar que gênero aqui não se relaciona a sexo no sentido puramente biológico, mas a construção social do sexo, ao processo cultural de socialização que humaniza a espécie.

A autora ainda se refere ao fato de que homens e mulheres

"são concebidos representacionalmente e modelados socialmente de maneira muito variada, deduzindo-se assim a fraca determinação da natureza na definição de comportamentos sociais; a espécie humana é essencialmente dependente de socialização". (ELIAS apud HEILBORN, 1995:102)

Pensar a identidade feminina hoje implica em considerar a influência da dimensão simbólica e cultural no comportamento e cotidiano das mulheres. Nesse sentido Veloso (2000) aponta não existir o gênero homem e o gênero mulher e sim os gêneros masculino e feminino, ressaltando ainda que gênero é histórico, cultural, não sendo sinônimo de sexo, embora não seja possível deixar de fazer referência a este. Para ele, homens e mulheres não apresentam apenas diferenças, mas os gêneros masculino e feminino possuem entre si relações desiguais. A dificuldade portanto, refere-se não ao fato de existirem diferenças

entre eles, mas a transformação das diferenças em desigualdades. Assim, ao falar em gênero sinaliza a presença de um determinado modelo de relação entre homens e mulheres que se caracteriza tendencialmente pela desigualdade da inserção social das mulheres em relação à inserção dos homens.

A presente análise não se aterá a discussão sobre violência doméstica, por considerar que o conceito de violência de gênero apresenta maior amplitude e articulação com o objeto de pesquisa escolhido. Assim:

“violência de gênero, embora englobe a expressão violência doméstica, não pode ser utilizada como sinônimo desta, uma vez que, além de possuir dimensão mais ampla, tem caráter mais difuso, não indicando que é dirigida rotineiramente a um mesmo alvo”. (SAFFIOTI e ALMEIDA apud ALMEIDA,1998:18 e 19)

Segundo as autoras, violência de gênero diz respeito a um padrão específico de violência que tem por objetivo preservar a organização social de gênero calcada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados subalternizadores do gênero feminino e que amplia-se e reatualiza-se na medida em que o poder masculino é ameaçado.

Em seu artigo sobre *Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde*, Karen Griffin (1994) faz referência ao estudo de Heise (HEISE apud GRIFFIN, 1994) acerca da violência contra a mulher e suas conseqüências para a saúde, que constata o seguinte: 20 % das mulheres na Colômbia e 75% na Índia já foram vítimas de violência física ou sexual dos parceiros. Nos Estados Unidos, o percentual foi de 28% e no Canadá de 25%.

Já no Brasil, dados de 1987 advindos de um estudo com 2000 casos registrados numa Delegacia de mulheres em São Paulo, revelam que 70% dos casos ocorreram no lar, sendo o parceiro, na maioria deles, o agressor, e 40% deles envolveram danos sérios.

Analisando ainda as conseqüências da violência para a saúde da mulher, o estudo coloca que as conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres são maiores que as conseqüências de todos os tipos de câncer e um pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. Dentre as conseqüências não-mortais, destaca problemas crônicos como dor de cabeça, dor abdominal, distúrbios do sono e da alimentação, como também, hipertensão e doenças cardíacas. E, ainda, o uso de álcool e drogas.

Nos casos de abuso sexual na infância, há a existência de seqüelas psicológicas sérias de longo prazo, com a prevalência nas vítimas de abuso de álcool e drogas, a prática do sexo inseguro ou mesmo a prostituição. (HEISE apud GRIFFIN,1994)

Esse contexto reforça a importância do conceito de gênero nas análises sobre a condição da mulher na contemporaneidade, bem como para as análises que envolvam mulheres nas diferentes situações, como é o caso das que consomem drogas.

Quanto ao tratamento para mulheres usuárias de drogas, está colocado um debate que questiona se elas realmente se beneficiariam mais de um tratamento específico, ou se a participação num programa terapêutico misto apresentaria os mesmos índices de adesão. Em nossa perspectiva, a especificidade de um tratamento para essas mulheres seria a abordagem mais adequada, como propõem alguns autores (BRASILIANO e HOCHGRAF (1999), ROTH e JAMES apud BRASILIANO e HOCHGRAF (1999).

A especificidade de que falamos concentra-se no entendimento de que as mulheres devam ser tratadas em sua problemática com a droga a partir de sua inscrição no mundo como seres singulares, com uma história particular sim, sem serem classificadas de modo reducionista pelo percurso que fazem com a droga ser tão parecido entre seus consumidores. Contudo está para além dessa distinção, encarando como fundamental que tenham sua inserção social, de gênero, classe e etnia consideradas nas relações estabelecidas com a droga. Caso contrário, tenderão a ficar presas nos grilhões da estigmatização e do reducionismo, sendo-lhes abortada a possibilidade de se constituírem de fato em sujeitos de sua própria história e em cidadãs com plenas condições de desenvolverem uma nova trajetória de vida, na busca da ruptura com o processo de violência de gênero, simbólica ou mesmo concreta, a que vem sendo submetidas ao longo de suas vidas.

A idéia desse trabalho está intimamente relacionada à proposição de uma política de atenção às mulheres usuárias de drogas. Buscando compreender como as instituições pesquisadas pensam e praticam a questão da especificidade do tratamento para tal público, almejamos poder contribuir com as reflexões que têm se ocupado dessa temática, para, quem sabe, apontar possíveis caminhos na direção da construção da política. E ao mesmo tempo é fruto de nossa prática

enquanto assistente social, estando em sintonia com o Serviço Social contemporâneo, na medida em que anseia ultrapassar a esfera do fazer profissional buscando atuar não apenas como executor das políticas sociais, mas como profissional crítico e propositivo, assumindo postura ativa na formulação e implantação destas mesmas políticas (YAMAMOTO, 1998).

A proposta de um tratamento específico é compatível com os avanços que se verificaram no âmbito das Ciências Sociais, e dentro disso, a compreensão psicossocial ou sócio-cultural apresenta-se pertinente na orientação dos tratamentos voltados para esse público, na medida em que pode acolher a concepção de gênero e com isso aproximar-se ao máximo de uma abordagem terapêutica específica.

O campo escolhido para a realização da pesquisa foi a 2ª Clínica Popular Ricardo Iberê Gilson (CRIG), unidade em regime de internação da Secretaria Estadual de Ação Social do Rio de Janeiro, localizada em Barão de Juparanã, distrito de Valença e o CENTRA-RIO (Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos), Unidade Ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, localizada em Botafogo.

Consideramos que a familiaridade com o objeto atuou como elemento facilitador da pesquisa, principalmente no aspecto da entrada no campo. Contudo, a atenção para que não caíssemos na armadilha da ilusão de transparência (BOURDIEU, 1999) precisou ser constante.

Na discussão não há separação entre drogas lícitas e ilícitas e em certos momentos ao se falar de drogas, inclui-se tanto o álcool como outras substâncias lícitas a exemplo do tabaco.

A questão diagnóstica adotada para os indivíduos que consomem álcool e outras drogas que distingue uso, abuso ou dependência a partir da classificação psiquiátrica Americana, descrita na DSM- IV e com base na Classificação internacional das doenças da Organização Mundial de Saúde, a CID 10, não estarão sendo consideradas ao discutirmos o fenômeno. Os indivíduos serão chamados de usuários, sem a preocupação diagnóstica acima. Trabalharemos com a tradição do serviço social de tratar os indivíduos que assiste como usuários, a partir de sua inscrição nos serviços.

Diferentes terminologias são utilizadas para referir-se a pessoa que consome álcool e outras drogas: adicto- linguagem característica dos grupos de

mútua-ajuda (N.A) – alcoolista – designação incorporada por alguns especialistas, que busca romper com a idéia estigmatizadora do senso comum que historicamente esteve associada ao termo alcoólatra – farmacodependentes – termo pouco utilizado mas que aparece em alguns autores que discutem a área – dependente químico – muito presente em centros de internação. A idéia que perpassa todos esses termos tem em comum romper com a perspectiva moral com que a sociedade de maneira geral ainda trata a pessoa nessa situação, introduzindo a noção de doença, referenciada na perspectiva médica, que hoje ainda se coloca como hegemônica no tratamento da questão.

Ao todo foram entrevistados 09 (nove) profissionais e 04 (quatro) mulheres usuárias. Das 03 (três) participantes da pesquisa da CRIG duas são usuárias de álcool e uma de cocaína, sendo que uma delas também participou como informante da pesquisa no CENTRA-RIO, e após sua alta na CRIG vem realizando seu tratamento ambulatorial lá. Seus nomes foram trocados para preservar suas identidades.

No Capítulo I discutiremos a política nacional de assistência aos usuários de drogas e a legislação em vigor, isto porque toda atividade nesse campo, seja de cunho preventivo ou assistencial tem nestas as bases de sua regulamentação.

Serão discutidas as políticas propostas pela SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas e pelo Ministério da Saúde, onde a primeira se coloca numa perspectiva prioritariamente repressiva e a segunda concentra forças numa visão de cunho mais clínico-político.

No capítulo II situamos o uso de drogas no decorrer da história em diferentes tipos de lugares, como também em sua inserção social mais recente. E ainda, as formas pelas quais vem se tratando os indivíduos que as consomem.

O capítulo III trata especificamente do uso de drogas por mulheres e do debate acerca dos tratamentos indicados para contemplar suas demandas, que em sua maioria, são diferentes das apresentadas pelos homens.

A pesquisa será tema detalhado no capítulo IV. A análise das experiências do campo, as histórias de vida das mulheres e a forma como percebem o tratamento que receberam serão o foco.