

5. O tratamento das mulheres nas duas instituições

O universo pesquisado se deu através da realização de entrevistas semi-estruturadas e de observação participante com profissionais que trabalham ou trabalharam no atendimento das usuárias e também com as mesmas. Na CRIG foram entrevistados 05 profissionais e o diretor técnico da instituição e 03 usuárias de drogas atendidas pela instituição em período anterior. E no Centra-Rio foram realizadas entrevistas com 02 profissionais que atuam no tratamento das mulheres usuárias de drogas, a diretora administrativa e com 02 usuárias. Num total de 13 entrevistas, sendo 09 de técnicos e/ou diretores e 04 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.

As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes e seguiram um roteiro.

A seleção das instituições atendeu ao critério da diversidade de modalidades assistenciais, por considerarmos importante observar situações terapêuticas distintas no atendimento das mulheres para com isso estabelecer possíveis relações e ainda que fossem unidades assistenciais totalmente públicas dentro do Estado do Rio de Janeiro. O que afina-se com o presente estudo que intenciona contribuir com a discussão apontando prováveis caminhos para uma política pública de atenção à população feminina usuária de drogas.

A seleção dos profissionais teve como critérios, já possuir certa prática no atendimento das mulheres usuárias de drogas e estarem acessíveis no período da pesquisa. Alguns técnicos, como é o caso da assistente social da CRIG ou da médica psiquiatra do CENTRA-RIO não foram entrevistados por serem novatos nesse campo assistencial. Outros, como foi o caso da diretora técnica do CENTRA-RIO e da assistente social do programa de mulheres, foram excluídos

do processo de pesquisa por estarem de licença ou férias no período de realização do trabalho de campo.

A pesquisa na CRIG durou cerca de 04 meses, sendo realizadas as entrevistas com os profissionais lá mesmo e com as ex-pacientes, escolhidas por seleção de prontuários, na residência ou em locais próximos destas. No caso de A.C.S, a entrevista foi realizada dentro do carro no estacionamento de um supermercado. Consideramos a diversidade de escolaridade, de droga de escolha, inserção profissional e história de outros tratamentos, fatores relevantes na escolha dos prontuários.

Na CRIG, a observação participante se deu através de participação em reuniões de equipe e em atividades de grupo realizadas pela equipe de referência com as mulheres em tratamento. Reuniões essas de caráter comunitário, com foco principal na resolução de conflitos interpessoais e na reconstrução do acordo terapêutico, reforçando as regras.

No CENTRA-RIO, a seleção das usuárias deu-se seguindo o critério do desejo pelo tratamento específico ou não, onde entrevistamos a primeira paciente do programa de mulheres a ter recebido alta e uma outra que optou claramente por tratar-se com homens, no grupo misto, quando lhe foi oferecida a possibilidade do tratamento específico. Novamente atendendo ao critério de contemplarmos ao máximo a diversidade de variáveis, característica intrínseca da pesquisa de caráter qualitativo.

Os temas mais presentes referem-se à instituição, à equipe, ao modelo de tratamento adotado, às mulheres usuárias de drogas e ao tratamento destas.

5.1. A experiência na CRIG

5.1.1. A instituição

A observação aponta que dentre as questões significativas desse tema, a história da Clínica com seus atravessamentos políticos recebe destaque. Sua própria instalação no Município de Valença aparece como fruto de uma afinidade política.

“ O que sei é que era um projeto do governo do estado de abrir as Clínicas Populares para dependência química, já havia uma no Rio e por uma afinidade política que tinha o governador com o prefeito e atual prefeito ainda de Valença que está terminando o mandato agora, eles andaram em sintonia para ver se montavam uma clínica aqui em Valença, já que havia a intenção de montar uma no Sul do Estado. Enfim houve essa negociação, tudo se acertou para abrir uma Clínica aqui.”(M.S.V., médico psiquiatra)

A instalação da clínica provocou resistências e a comunidade local reagiu contra:

“A comunidade de Juparanã se mexeu, se movimentou contra a vinda da clínica. Porque foi divulgado que viriam para cá viciados, traficantes, bandidos, que iriam ficar andando aqui na cidade. Aí, nós de Valença....Participei ativamente disso, fizemos um movimento, o pessoal da Igreja Católica apoiou, nós íamos nas missas colher assinaturas, na Igreja Católica. Fomos nas rádios dar entrevistas Eu fui, o prefeito foi. Para desmistificar isso”(C.R.S,conselheiro)

Outro aspecto a destacar são as indicações políticas de funcionários para trabalharem na clínica, o que parece comprometer o caráter técnico necessário ao desenvolvimento do trabalho:

“Tinham muitas pessoas que eram colocadas ali por conta de ligações políticas”.(P.R.F, diretor técnico)

“Me parece que a primeira gestão foi com o pessoal de Niterói, tinha alguns indicados”.(C.R.S,conselheiro)

Apesar da clínica estar em funcionamento há pouco mais de três anos, sua administração foi realizada por duas gestões diferentes, e entre a primeira e a segunda vivenciou um delicado processo de intervenção do Estado. A primeira ONG tinha sede em Niterói, e após pouco mais de um ano à frente da clínica, teve o contrato rescindido por parte do governo, por ter apresentado irregularidades de várias ordens:

“Foi muito ruim, a gestão deles, porque o atraso de pagamento chegou a 4 meses, a sobrecarga de trabalho monstruosa, era uma coisa assim impressionante. Você não tinha tempo nem de beber água quase. Muita sobrecarga. De bom, não, não tinha nada de bom. Como eu te falei, a sobrecarga, o atraso de pagamento, a falta de respeito, aquela coisa da direção é a cabeça separada do corpo, não é um conjunto. Muitas das vezes, teve situações que a direção apoiou, não digo apoiou diretamente, mas endossou comportamento da comunidade em detrimento do profissional. Isso é terrível,isso.

Questão de pagamento também, horrível. A direção passada não acertava essa questão do pagamento. Atrasava demais, não davam uma justificativa plausível. Havia alguma coisa assim, de que entre eles está tudo muito bem. Na direção está tudo muito bem, não está nada errado, não está faltando nada. E os funcionários pensando muito.” (C.R.S,conselheiro)

Em nossa perspectiva, essa trajetória institucional influenciou o curso do trabalho técnico da clínica, pois a sedimentação de uma proposta terapêutica demanda certo tempo, e a troca de gestão ocorreu justamente num momento em que se buscava assentar o trabalho, trazendo mais mudanças. O que está exemplificado nas seguintes falas:

“Na verdade a intervenção foi um ato, porque ela já vinha se processando, então a própria instituição já estava voltada para questões mais políticas, enfim, não estava voltada para essa questão técnica. Na verdade, eu acho que não teve tempo de as coisas se sedimentarem e tomarem um rumo. Ela ficou muito perdida nas questões políticas, organizacionais. Então não se assentou ainda.”(F.M.A., psicóloga)

“Nós tínhamos uma constante mudança de grade também. Isso é uma coisa que prejudicava um pouco o trabalho. Volta e meia mudava o trabalho.”(S.C.M, médica psiquiatra)

5.1.2. A equipe

Quanto à equipe técnica destacamos sua dedicação ao trabalho, o compromisso em atender os pacientes com seriedade e sua vontade de acertar.

“Eu acho que em termos de ponto alto, eu vou te dizer que é, pode parecer paradoxal, mas eu acho que a vontade. A vontade da equipe, mesmo que ainda perdida, tem vontade de avançar. Não sabe para onde, mas tem vontade de avançar. É um ponto alto”(F.M.A, psicóloga)

“O que eu vejo de mais positivo seria a seriedade de trabalho de todo mundo. Eu acho o corpo de profissionais aqui é muito dedicado, muito bom. Tem um conhecimento técnico bem interessante. Eu acho que desenvolve um trabalho, dentro do que é possível, especificamente técnico do tratamento, do acompanhamento, muito bom.”(M.S.V, médico psiquiatra)

Contudo, algo que nos chamou a atenção e se apresenta como ponto consensual entre os entrevistados foi a observação de que a equipe está fragmentada.

“Há muita coisa para avançar. Acho que está engatinhando. Tem muita coisa que tem que trocar figurinha entre os profissionais, principalmente da área de psicologia. Está todo mundo muito isolado, das outras clínicas. Os psicólogos daqui nós não trocamos. Não há essa coisa do psicólogo do outro plantão de estar trocando. Acho que isso é fundamental. A maior implicação do trabalho específico de cada um. O setor social estar mais engajado, o setor de psicologia estar mais engajado, das várias áreas, isso seria importante.” (F.M.A, psicóloga)

“O que é negativo hoje é essa fragmentação que eu vejo da equipe, que de repente pode até ela ainda se encaixar e passar a ficar afinada, a linguagem”.(R.F.S, conselheira)

“Pela direção não estar todos os dias com as mini-equipes e sim com algumas, então fica muito fragmentado. Ela não tem uma visão de todas juntas, têm escutas, impressões. Não é

uma visão planejada, de que possa sentir “tete a tete” o trabalho. Estar vendo junto, estar vendo que pode ser. Nesse sentido eu penso que uma gestão que ficasse aqui diariamente... porque as coordenações eu não vejo elas unificadas, elas são soltas. Tem que a coordenação estar aqui discutindo. A gente não troca figurinha e nem há encaminhamento para isso. Alguém responsável por agregar essas forças técnicas e dar encaminhamento”(F.M.A, psicóloga)

A fala da psicóloga nos indica que a fragmentação da equipe pode estar diretamente relacionada ao tipo de arranjo gerencial técnico adotado pela atual gestão da clínica.

A nosso ver, a equipe, em sua maioria, demonstrou dificuldades em prestar atendimento a pessoas com co-morbidade, quer dizer quadros associados, principalmente psiquiátricos, como por exemplo a coexistência da dependência de drogas e da psicose. Quando na realidade o desenho do projeto das Clínicas Populares para assistência aos usuários de álcool e outras drogas, designou como especialidade desta clínica, atender os casos de co-morbidade (duas ou mais patologias associadas).

“A maior dificuldade que a gente percebia, com relação a equipe, era a proposta da clínica com relação a atendimento de co-morbidade. A equipe não tinha um preparo nessa área de co-morbidade. Tinha muita dificuldade de aceitação de pacientes com co-morbidade.”(S.C.M, médica psiquiátrica)

5.1.3. O modelo de tratamento:

Foi possível identificar diferenças na abordagem terapêutica adotada pela clínica na primeira gestão e na atual. A proposta no período inicial, concentrava-se prioritariamente no trabalho dos 12 Passos dos grupos de mútua ajuda como A.A e N.A, onde a figura central era o conselheiro em dependência química. Conhecido também como Modelo Minnecota.

“A percepção que eu tinha é que foi uma clínica montada muito em cima do programa “doze passos”. Então todo o tratamento era como se ficasse rodeando em cima dos doze passos, havia psicólogos, serviço social, um médico de referência, mas assim, é diferente de hoje, eu vejo que hoje o doze passos é um apêndice ao tratamento da clínica e ele era o central.”(R.F.S, conselheira)

Desde que a atual gestão assumiu, a proposta de assistência vem se deslocando do trabalho dos conselheiros para uma atuação mais médica.

“Eu vejo hoje, por exemplo, o modelo hoje é muito mais médico. Eu não sei classificar qual o pensamento, porque a direção técnica não passou para a gente ainda, mas eu vejo que hoje há uma preocupação muito maior de atendimento psicológico. Antes não existia isso, era muito em cima dos doze passos,entendeu?. Hoje eu vejo que os doze passos é apenas um complemento.”(R.F.S,conselheira)

Ficamos com a forte impressão de que não se tem um modelo assistencial definido e socializado com a equipe por parte da direção técnica, e a fala de que está tudo muito solto é recorrente como vemos aqui:

“A questão terapêutica... Tanto é que o plano terapêutico até hoje, em si, ele não está estruturado. Não existe, ao meu ver, uma coisa delineada. Como linha de frente os doze passos e a visão médica. Mas tanto que tecnicamente não se organizou seminários técnicos. Eu vejo assim. Questões teóricas” (F.M.A, psicóloga).

O próprio diretor técnico reconhece a necessidade de investir na qualidade técnica do trabalho:

“Agora com relação ao que tem que ser feito, a gente conseguiu que o feijão com arroz acontecesse, quer dizer, a clínica tem sua rotina diária preservada, as coisas não falham no sentido que impeça o funcionamento, é razoável. Mas é claro que isso não é tudo. O que a gente tenta fazer é melhorar a qualidade técnica no trabalho aqui, investir em funcionários que tenham mais perfil e os que não estão tendo serem capacitados para tal.”(P.R.F, diretor técnico)

5.1.4. As mulheres usuárias de drogas:

Pudemos observar através das falas de diferentes profissionais e da observação participante que estas mulheres são vistas por apresentarem diferenças, especificidades quando relacionadas aos homens. Contudo é oportuno deixar claro que nesse processo pudemos identificar a presença de representações sociais sobre as mulheres de cunho preconceituoso e estigmatizador.

Adotamos aqui o conceito de representações sociais proposto por Minayo:

“As representações não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos quanto do conformismo.” (MINAYO, 1993:174)

Todos os indivíduos constroem representações sobre todos os objetos - sem representação não é possível o conhecimento - tem imagens, idéias, concepções e visões de mundo sobre a realidade que lhes auxiliam a interpretar a vida, a darem sentido ao inesperado, classificando e compreendendo a realidade que os cerca.

Na concepção de Jodelet (2001) elas circulam nos discursos, são disseminadas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, enraizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais. E a condição de possibilidade e de determinação das representações e do pensamento social é a comunicação social, sob seus aspectos inter-individuais, institucionais e midiáticos.

Ao mesmo tempo em que interpretam, as representações interferem na prática social, pois há elementos da subjetividade, das utopias individuais que a elas se misturam e formam outra coisa, quer dizer, operam deslocamentos, e a coisa em si, as relações concretas, deixam de ser vistas para se focar nas representações que para elas foram criadas e desencadeiam um processo de naturalização da realidade social.

Os profissionais não estão fora dessa realidade social, e suas idéias sobre as mulheres usuárias, estão para além do caráter técnico, estando muitas vezes carregadas de representações sobre as mesmas. Fenômeno que não necessariamente perpassa a consciência.

As mulheres são apontadas como carentes, sensíveis, sedutoras, frágeis afetiva e sexualmente, o que as torna suscetíveis facilmente aos envolvimento emocional e sexuais. Questão recorrente na clínica, desde que foi iniciado atendimento a ala feminina, e que responde pelo expressivo número de desligamentos de mulheres internadas na clínica ao longo desses anos. O que pode ser constatado nas seguintes observações dos profissionais:

“A experiência que eu tenho aqui é que o que deu mais desligamento até hoje foi o envolvimento entre residentes. (Entre mulheres com mulheres ou entre mulheres com homens?) Todo jeito. Mulheres com mulheres, mulheres com homens e homens com homens. Foi o que deu mais. Não foi nem briga. Briga deu mínimo, briga foi muito pouco.” (C.R.S, conselheiro)

“Porque no meu entender, quando eu misturo homem com mulher eu estou colocando a fragilidade delas à prova. Como se você estivesse colocando elas numa fogueira. Porque na verdade toda às vezes que elas estão... tira a droga, a carência afetiva delas fica muito grande. E elas se relacionam com eles, se envolvem, desfocalizando do tratamento. Precisa ter consciência da fragilidade, da fraqueza delas nesse momento e se colocá-la a prova, ela vai toda vez querer. Então ela desfocaliza. Ela desfocaliza o tratamento, ela começa a não pensar mais nela, ela começa a até se aprontar para vir a meditação, mas ela não vem na meditação com o propósito de meditar, ela vem com o propósito de... , principalmente se ela for histérica, a histérica faz muito isso, ou se ela usa muito a sensualidade lá fora como forma de ganhar... entendeu. (De ganhar o que?) De ganhar amores, se for a

profissão dela. Se a sensualidade for a prioridade na vida dela. A arma que ela tem. A arma dela para ganhos secundários seja a sensualidade.”(R.F.S, conselheira)

Aqui há a idéia de que a carência afetiva das mulheres ficaria mais intensa com a retirada da droga, e a fragilidade emocional delas favoreceria aos envolvimento emocional. O que poderia até funcionar como uma defesa para suportar a angústia vivenciada na internação. Porém, a idéia de que algumas se envolveriam pelo costume de usar a sensualidade como arma para obter ganhos diversos, nos faz suspeitar de que um estereótipo esteja motivando a afirmação da profissão. Isso porque mesmo que hajam mulheres com histórico de prostituição, o que nos garante que elas iriam agir de modo mais sensual ou não? É plenamente possível que algumas mulheres que já se prostituíram adotem uma postura sexual mais reservada durante o seu tratamento. O comentário nos parece preconceituoso e estigmatizador com mulheres que vivenciaram ou vivenciem a prostituição.

Nossa suposição é de que o estigma da promiscuidade nas mulheres seja uma representação de outros profissionais, e que expressa a dura forma como a sociedade ainda olha para as mulheres com história de prostituição. A esse exemplo, temos:

“Promiscuidade, a questão da prostituição, da homossexualidade que é muito mais intensa na ala feminina no que na ala masculina. Comparando em termos percentual. Você tem muito mais caso assim, 40, 50% de casos, na ala feminina de homossexualidade.”(S.C.M, médica psiquiatra)

A afirmação apresenta dados percentuais que colocam praticamente metade das mulheres em tratamento em situação de promiscuidade, prostituição e homossexualidade. Como mensurar estatisticamente se alguém é promíscuo ou não? E sobre a opção sexual? Por ter se relacionado sexualmente com o mesmo sexo alguma vez, já se é homossexual? Ou por ter aceitado fazer sexo, para obter drogas, no desespero da abstinência, já caracterizaria a mulher como promíscua? Quem define isso? Como saber? É possível classificar?. Isso se coloca na esfera subjetiva. Como é possível objetivar isso, senão através das representações sociais que carregamos sobre os indivíduos em determinadas situações.

5.1.5. - O tratamento das mulheres usuárias de drogas:

Desde a 1ª gestão da clínica, o tratamento das mulheres é separado dos homens. A motivação disso não nos pareceu ser pela compreensão das especificidades femininas, e pela busca de oportunizar a tais mulheres um tratamento diferenciado que contemplasse suas demandas de gênero, antes por razões mais da ordem moral do que propriamente técnicas. Entendemos que a necessidade de evitar envolvimento emocional e sexuais entre homens e mulheres, inclusive entre profissionais e mulheres, foram o motivo pelo qual se propôs um tratamento separado entre homens e mulheres, com raros momentos juntos, como também o fator responsável pela própria constituição da equipe com profissionais apenas do sexo feminino. O que foi marcante principalmente na 1ª gestão da clínica.

“...por que a princípio o coordenador foi muito taxativo nisso: Com mulher conselheira tem que ser mulher, para trabalhar com mulher, conselheiro trabalhar com homem. (Então houve isso com a questão do conselheiro?) Ele achava que não funcionava....” (R.F.S, conselheira)

O setor de atendimento as mulheres, denominado ala feminina é bem restrito, funcionando como uma clínica à parte. A maior parte do tempo ficam lá, pouco circulam nos outros espaços da clínica, onde os homens têm acesso. Embora a clínica seja cercada de árvores, o espaço reservado as mulheres lhes permite pouco contato com a natureza. O ambiente é frio, muito concreto, parece de fato uma prisão, como relatam as entrevistadas:

“Não, inclusive eu fui até atrevida. Eu era considerada a líder, porque eu lutava pelos direitos das meninas, mas poxa... Vocês tem que abrir o portão, nós não podemos ficar presas, nós estamos nos recuperando, nós não estamos na cadeia, nós não matamos não roubamos.” (A..C.M, usuária de cocaína)

“E as mulheres ficavam muito restritas aquele ambiente ali. Então eu achava que eles deviam ter outro tipo de terapia, que não devia elas ser tão presas ali. Porque a mulher já tá cheia de neuroses, tudo atacada, cada uma com suas manias, ficavam presas ali naquele quadrado, não se podia escutar um som, televisão era só a noite. Tinha educação física mas muito limitado. Terapia ocupacional uma vez só, muito pouco tempo.” (V.N.V, usuária de álcool)

Como fatos significativos propostos pela direção técnica da 2ª gestão da clínica destacamos a entrada de profissionais do sexo masculino na equipe de referência das mulheres, que até hoje se mantém lá, e a tentativa de promover mais atividades mistas e a maior circulação das mulheres nos espaços masculinos.

O que provocou reações e conflitos por parte da equipe em geral, fazendo com que a idéia fosse repensada, com o retorno do funcionamento anterior.

“ Logo no começo, houve um período que a gente tentou des-setorizar isso, provocando alguns horários de maior contato entre homens e mulheres, a ponto de evoluir até mesmo nos contatos empáticos. Mas infelizmente, apesar de eu achar que se a gente tivesse bancado mais a frente isso, mais tempo para contornar, investir, a gente conseguiria hoje uma coisa muito mais ampla em relação a isso, as a equipe não suportou não. Isso por conta das pessoas que tinham que administrar mais o contato direto, monitores e até os conselheiros que tinham que estar olhando esse tipo de coisa. A gente preferiu reverter mais uma vez, provisoriamente, até essas equipes estarem mais afinadas.”(P.R.F, diretor técnico)

“ Porque em alguns aspectos, administrar diretamente os conflitos que vão aparecer ali, naquele momento, adianta um tanto, os conflitos que vão aparecer depois, quando você está tentando manter muito protegido isso, muito encapsulado. Acho que isso é uma demanda muito mais da equipe, que não sabe lidar, do que da natureza desses contatos.”(P.F.R, diretor técnico)

Apesar dessas ações na 2ª gestão da clínica a ala feminina vem sendo encarada pela maioria dos técnicos como área problemática:

“A questão do tratamento para as mulheres, sempre foi uma área aqui na clínica que dava muito problema. Eu acho que com a equipe atual, a equipe como um todo, eu tô sentindo que pode melhorar esse quadro. Eu acho que esse trabalho que está começando agora, está fazendo alguma diferença. Há muito tempo que não tinha... tipo 3 semanas de progresso na ala feminina. A primeira mulher que teve aqui se envolveu, para você ter uma idéia. A primeira residente feminina se envolveu com um cara. Quer dizer é uma constante, é uma permanente isso. Agora que eu tô tendo uma visão de dentro, me parecia que não funcionava bem essa questão de uma equipe voltada para o feminino, como hoje também. Hoje está funcionando melhor.

Porque sempre foi uma ala com muito problema. As reuniões de equipe mostravam isso. E isso é ruim, isso é perigoso. Porque cria até um estigma. A mulher já é tão estigmatizada, agora aqui também? 15, 18 mulheres dar mais problemas que 72 homens? Tava criando essa imagem. Eu cheguei a comentar isso várias vezes.” (C.R.S, conselheiro)

“Mas a instituição de maneira geral, ela tinha até um certo distanciamento do setor feminino. Só quem freqüentava o setor feminino era os profissionais que estavam diretamente vinculados com o trabalho lá”.(M.S.V, médico psiquiatra)

A questão de uma abordagem terapêutica específica, contemplando a singularidade de gênero, não se materializou, apesar do pensamento dos membros da equipe atual que trabalha com elas, estar tendendo para essa direção. Historicamente, o tratamento a elas designado na clínica segue o

modelo masculino. As atividades são as mesmas com o diferencial apenas de serem feitas separadamente dos homens.

“A direção, tinham as reuniões que nós colocávamos essas dificuldades, mas a tomada de decisão de mudança, de atitude com relação a equipe e atuação na área feminina, nunca foi mudada. É um padrão. Um padrão que se utiliza para a área masculina é o mesmo para a ala feminina”(S.C.M, médica psiquiatra)

“Se a gente situar isso em termos da instituição, eu diria que é um amadurecimento, que passa por essa questão da instituição, mas um amadurecimento técnico, de um avanço teórico e técnico que possibilitasse a instituição ter esse insight e oportunizasse esse olhar pra mulher. Tanto assim, penso eu que, primeiro os homens, tem esse olhar, o dependente químico. E a mulher vem depois. Ela não é situada dentro desse contexto. Ele entra como carro chefe aí – o dependente químico. Quando a instituição ela se estruturar, seja do ponto de vista organizacional, seja do ponto de vista técnico, quando ela chegar tecnicamente amadurecida, ela vai ter condições de discernir essa questão do gênero. De ver que são espaços diferenciados, são abordagens diferenciadas, são considerações diferenciadas”(F.M.A, psicóloga)

“Aham que é tudo igual mesmo, que as reações são iguais. Que os sentimentos são iguais. Uma inexperiência mesmo, desconhecimento dessa subjetividade, da singularidade. Fecharam os olhos para isso. Entendeu? Agora, nesse momento, a equipe da ala feminina é formada por 2 profissionais homens e 2 profissionais mulheres, então ela está bem equacionada e ao meu ver tem toda uma visão diferenciada da mulher, enquanto mulher diferenciada. E isso é que faz, possivelmente, novos “insights” para a direção, que vai acontecendo aos poucos. É muito sutil isso, isso não está definido”.(F.M.A, psicóloga)

Embora esse contexto institucional ao longo de sua trajetória venha lidando com as mulheres sem considerar suas especificidades de gênero, a diversidade de profissionais possibilita outros olhares para a questão da mulher. Nesse sentido, situamos a tendência da equipe atual de profissionais do setor feminino. Esta parece ter clara a necessidade de um tratamento diferenciado e sua forma de olhar tais mulheres tem despertado interesse de outros técnicos em se aproximar do setor feminino. O comentário a seguir exemplifica uma postura que tem sido consensual entre eles:

“...pelas particularidades que tem de maneira geral e particularmente a mulher dependente química. São questões físicas mesmo, relacionadas a aspectos hormonais, questões culturais, questões sociais. A posição na sociedade da mulher, as relações dela com a família, com o filho. Enfim, tudo isso tem uma diferença muito grande em relação ao tratamento do homem. A mulher nas queixas, nos sintomas, ela é muito voltada para os aspectos internos delas, para as questões emocionais. Enquanto que o homem para as questões do mundo, do dia-a-dia, de trabalho, financeiro. São diferenças que tem que ser acolhidas de maneira diferente e tratadas de maneira diferentes. Eu acho que os aspectos que envolvem a

dependência química da mulher, são diferentes do homem. As questões familiares pesam muito em tudo que cerca a questão da mulher, das relações com o filho. A diferença, por exemplo da atividade, quando a mulher está na ativa, da relação com a família quando ela está em tratamento, tem que ter uma abordagem diferente da do homem. A posição social, da pessoa que está em casa, que cuida da família, que trabalha em casa, mesmo trabalhando fora, é uma outra engrenagem em relação à mulher. Então a visão em relação a mulher dependente química, ela tem que ser, na minha opinião, em qualquer âmbito, completamente diferente da abordagem do homem.”(M.S.V, médico psiquiatra)

“Porque a Clínica quando eu cheguei aqui, não tinha essa visão diferenciada. A equipe que está trabalhando no setor feminino que está estudando essas diferenças e por conta disso está sendo tentado formatar um projeto para dar conta dessas diferenças. Parece que isso é uma coisa que está começando a mudar, está tendo um trânsito maior lá, justamente por conta da equipe que está trabalhando especificamente lá está descobrindo essa coisa de estar estudando, de estar querendo modificar, de estar querendo fazer coisas específicas. Isso está despertando o interesse dos profissionais de estarem mais próximos para ver qual é esse processo que está acontecendo.”(M.S.V, médico psiquiatra)

5.2. - A experiência no CENTRA-RIO

5.2.3. -A instituição:

A história do Centra-Rio é marcada por um processo complicado de relações entre os técnicos. Sua própria origem deflagrou sérios embates de relacionamento. Isso se deve ao fato de ter sido implantado num espaço onde funcionava um outro serviço estadual há muitos anos com foco na atenção a pacientes psiquiátricos, o antigo PAM. Foi uma determinação de cima para baixo, sem acordar com os profissionais que ali trabalhavam sobre a proposta de um serviço novo especializado no tratamento de usuários de drogas, oferecendo-lhes escolha em permanecer ou não no serviço. Ao contrário, impôs-se o trabalho com a nova clientela e que o atendimento aos pacientes psiquiátricos iria ser encerrado. O PAM iria ser extinto.

Tal processo gerou fortes resistências e a maioria dos profissionais conseguiu ser transferida, permanecendo na unidade até o momento, dois médicos e uma psicóloga daquela época. Mas as relações entre os técnicos apresentam resíduos desse processo.

A diretora administrativa do Centra-Rio é a mesma da época do PAM, e relata o seguinte:

“Porque eu acho assim, pelo que eu acompanho houve muita rejeição, não pelo tipo de clientela, a meu ver, por parte dos profissionais que trabalhavam aqui, isso dificultou até o relacionamento posteriormente a inauguração. Porque? Não foi

colocado para os profissionais aqui, nós fomos tomados de surpresa. Foi uma imposição, inclusive o diretor antigo da Unidade foi exonerado, ficou trabalhando mais de 20 dias sem saber que ele estava exonerado. Em nenhum momento chegou para nós, tipo assim, atenção vamos colocar esse serviço, vocês gostarão de trabalhar junto conosco? (Vocês não foram consultados, informados?) Não ninguém foi consultado, ninguém foi informado. (Não houve uma transição?) Foi invasão. Foi sentido como uma invasão. Nisso, nunca se imaginou que essa repercussão foi tão negativa. Como até hoje... esse ano foi o primeiro ano que o pessoal da psiquiatria participou da festa de aniversário, porque eu tive o cuidado de fazer aquele convite colocando, Todos são convidados, porque tinha aquela divisão. A coisa foi feita assim para dividir. Então, o reflexo ... isso reflete nos clientes né.”(B.R.Q, diretora administrativa)

Outro aspecto institucional a destacar refere-se ao conflito entre concursados e contratados na instituição. O primeiro diretor era um médico psiquiatra que ficou pouco tempo. A gestão seguinte foi assumida por um médico psiquiatra que até então era assessor de Saúde Mental. Ele levou uma equipe toda de contratados para trabalhar com os adictos. O que imediatamente trouxe problemas ao chegarem os profissionais concursados para trabalharem na unidade:

“É já havia essa equipe de contratados, aí começou a se criar um problema porque existia o problema desses profissionais que trabalhavam aqui, que se sentiram desvalorizados, porque foram empurrados para o último turno, não foram questionados de nada e tendo dificuldade de atender pacientes, porque os prontuários não estavam aqui tavam em outro lugar. E ainda eles questionaram muito. Pô, nós estamos aqui há 20 anos, 25, agora chega esse pessoal que nem concurso fez e tomou o espaço, aquela coisa política mesmo né. Então, depois houve o momento de começar a chamar os concursados, Isso foi outro problema. Os concursados do estado versus terceirizado, porque eles sentiam que os terceirizados tinham mais poder junto ao diretor que foram contratados por ele do que os próprios concursados. Aí ficou aquela polêmica entre eles, umas richas, umas coisas que... Na linha, no final, quem ficou prejudicado são sempre os pacientes, porque isso reflete em todo o processo terapêutico. A gente sabe disso.

A terceira direção também de uma médica psiquiátrica mantém-se até hoje, e foi fundamental para melhorar tais relações, contribuindo para o amadurecimento da equipe que passou a tolerar as diferenças de forma a não interferir tanto no trabalho:

“Aí, depois quando a Anna entrou, aí mudou um pouco. Posteriormente, depois quando a Anna entrou é que alguns terceirizados foram dispensados. Aí ela substituiu alguns né, manteve alguns. (Como é que você vê essa relação hoje?) Eu hoje vejo como uma coisa equilibrada. Mais equilibrado. Porque, acho assim, foi de um pólo a outro. Acho assim, antes era os terceirizados que ficavam dominando, no outro momento eram os concursados e os terceirizados ficaram muito jogados pro canto, porque não podiam opinar, não podiam não sei o que. Inclusive eu, coloquei em reunião, que eles não puderam participar de associação, que deveriam também participar. Aí foi tipo assim da reação. Agora é nossa vez. Depois aos

poucos foram entrando profissionais que conseguiram se impor pelo trabalho, não pelo.. os outros eram muito pela ligação com o diretor. Respeitar pelo trabalho. E aí nem se enxerga, começa a não se enxergar quem é terceirizado quem não é, começa a enxergar assim quem trabalha bem, quem tem bom trabalho e quem não tem. Então acho que nessa parte a direção da Anna foi legal, porque ela deu esse espaço de criar esse equilíbrio. Ela pegou um pouco desse resto, desse resíduo destas questões políticas e tentou equilibrar, não discriminar, partiu dela também, terceirizado ou não, valorizar quem é bom profissional. Equilibrar pra não ficar aquela coisa radical.”(B.R.Q, diretora administrativa)

No período da pesquisa, a equipe já se encontrava em processo de supervisão institucional há cerca de 08 (oito) meses, o que nos parece estar atuando como um mecanismo facilitador dessas relações.

A questão da verba não se apresentou com grandes problemas, ao contrário, pode-se dizer que tem regularidade e os atrasos são episódicos. Sua origem é o Fundo Estadual de Saúde, quer dizer, já faz parte do orçamento planejado da saúde estabelecido anualmente. A unidade dificilmente sofreria questões de continuidade em razão desse atendimento ser considerado política pública de saúde. A direção administrativa esclareceu que a verba foi aumentada significativamente quando se implantou o Centra-Rio, e vem dando conta das necessidades. A alimentação e a limpeza são realizadas por firmas terceirizadas pelo Estado. Isso às vezes oferece riscos, pois os funcionários a elas ligados sofrem com atrasos de pagamentos, refletindo assim na unidade pela situação de redução do quadro de pessoal nesses momentos.

Sobre a verba e sua administração a diretora esclarece:

“ ... ela é repassada federal para o estado e o estado repassa pra gente, nós recebemos do Fundo estadual de Saúde. É rede descentralizada do Fundo estadual de saúde. Não tem a data certa, mas a gente sabe que vem 1 vez por mês. Previsão que dá para a gente planejar os gastos, os remédios, as coisas essenciais e quando sobra a gente faz um ou outro reparo. Agora eles enviam uma quantidade que não atende a nossa demanda e eu compro o que eles não enviam, é comprado com o dinheiro. O Estado paga a firma da segurança, a alimentação e a limpeza é paga por eles. Essa verba é somente para manutenção, é só para a gente fazer a manutenção, material de consumo também e a medicação, material para terapia ocupacional, material que você sempre tem que repor, lâmpadas, conserto de aparelhos, xerox, essas coisas todas, televisão, fax, qualquer tipo de conserto a gente usa essa verba, ou reparo mesmo. Por exemplo trocou o piso, precisou trocar o piso, consertar a geladeira, toda essa parte de manutenção, aquisição de material de escritório, é feito com essa verba que eles mandam.”(B.R.Q, diretora administrativa)

Pudemos observar como sofrimento comum da equipe à restrição acarretada pelo espaço físico, pois traz sérias dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Como expressaram as técnicas:

“Dificuldade é mais fácil de falar. A dificuldade é o espaço. A principal dificuldade. Principalmente para mim, que sou terapeuta ocupacional, não tenho uma sala adequada, um espaço adequado, um espaço que fosse só para terapia Ocupacional como acontece nos outros lugares, onde as obras, as atividades não ficassem tão expostas, que qualquer um pudesse pegar e estar quebrando, porque isso dá um problema muito grande, porque isso é um processo terapêutico. Acho que isso, para mim, aí eu estou falando pessoalmente, para a minha profissão, é horrível, você estar trabalhando em uma sala compartilhada para todas as outras atividades, mais refeitório, enfim, todas as atividades.”(H.M.M, terapeuta ocupacional)

“Negativo, eu acredito que o espaço físico. Uma instituição ideal. Bom, os profissionais, seria esse mesmo corpo de profissionais que tem aqui no Centra-Rio, claro que num espaço físico bem maior, que tivesse árvores, flores, um ar melhor, acho que campo. Isso é uma idealização”.(F.S.F, psicóloga)

5.2.4. - A equipe:

É interessante destacar que a equipe é vista como melhor aspecto da instituição. Isso nos faz ter a impressão de que a observação feita anteriormente de um amadurecimento nas relações entre os profissionais é de fato pertinente, por atualmente ser possível essa equipe reconhecer o trabalho do outro como importante, independente da inserção trabalhista, concursado ou contratado.

“Pontos positivos, eu acho assim, como eu trabalho em outros serviços, eu acho que aqui é uma equipe muito interessada, as pessoas são muito disponíveis para estar trabalhando, gostam do que fazem, são esforçadas no sentido de que lutam, que gostam do que fazem, Acho que isso é o melhor do Centra-Rio.”(H.M.M, terapeuta ocupacional)

“Aspectos positivos, um dos aspectos positivos são os funcionários, a disciplina, vários funcionários trabalhando juntos, acho isso sensacional, o respeito que um tem pelo outro em torno do objetivo comum. Tem terapia ocupacional, assistente social, professor de educação física, médicos, psicólogos, enfermeiro, tudo isso junto, esse conjunto, é uma das coisas super importantes nesse nosso trabalho.”(F.S.F, psicóloga)

5.2.5. O modelo de tratamento:

Não há um modelo de tratamento dos usuários único, antes a convivência de várias abordagens desde a psicanálise, abordagem médica, Minessota (12 Passos), comportamental e acupuntura - em fase de implantação na unidade - onde pelo perfil de cada caso se encaminha para determinado atendimento

individual ou em grupo. Nem todos participam das mesmas atividades. Em razão das demandas diferenciadas foram sendo desenhados programas específicos, como o de adulto-jovem, para aqueles que tem idade inferior a trinta (30) anos, o de alcoolistas, com critérios de idade acima de quarenta (40) anos, e histórico de uso apenas de álcool e tabaco, grupo de tratamento de usuários de benzodiazepínicos (calmantes e indutores do sono), programa de adolescentes, e recentemente o de mulheres para aquelas que desejam um tratamento específico.

A direção técnica deixa a equipe á vontade para a proposição de terapêuticas diferenciadas desde que justificadas tecnicamente, porém há uma direção seguida hegemonicamente na condução terapêutica da equipe para os casos de adultos. Duas fases, sendo a primeira de participação em acolhimento, grupos de motivação com o propósito de vinculação ao serviço, e num segundo momento ou fase, como designam, atendimento psicoterápico em grupo.

A alta não atende critérios de tempo mas a avaliação da equipe que acompanha o caso é quem a determina. Em média o tratamento dura cerca de dois (02) anos. Esse tema foi percebido na pesquisa como fonte de dificuldade para a equipe e está exemplificado na fala a seguir:

“Eu acho que sim, porque a gente observa a grande dificuldade que existe até para dar alta. Você dar alta porque ela cresceu dentro do nosso programa, o suficiente, mas tem tantas outras coisas ainda que poderiam ser... Então eu acredito que se a gente pudesse ter esse tempo cronológico um pouquinho maior, porque a gente trata da droga e depois? Tem tanta coisa. Claro que no nosso programa a gente vai tratar de um todo, só que depois a gente vê insegurança delas, mesmo a gente tendo todo o cuidado, a gente sente uma insegurança.”(F.S.F, psicóloga)

5.2.6. - As mulheres usuárias de drogas:

A percepção das usuárias para além da questão do álcool e outras drogas é bem presente na equipe que as atende no programa específico. Nossa observação e entrevistas indicaram ser muito claro para essa equipe, a existência de singularidades de gênero que precisam ser acolhidas concomitantemente ao tratamento a elas proposto, como por exemplo suas relações no campo afetivo, familiar e o tema da maternidade. E na equipe geral se apresenta uma tendência em respeitar a proposta de atendimento diferenciado, mesmo por profissionais que atendem mulheres em grupos mistos, reconhecendo assim o diferencial de gênero.

As mulheres são descritas como sofridas, marcadas pela violência física, sexual e emocional. Como também focadas nas questões de relacionamentos.

“Aí na questão específica, destas questões da feminilidade, da maternidade, questões próprias da mulher. Não só uma questão da pessoa com a droga, mas uma questão da pessoa com o gênero mesmo. Uma questão de ser mulher, questão de feminilidade, uma questão de relacionamento, que eu acho que para a mulher em geral o relacionamento é sempre uma questão. E para essas mulheres, quase todos os relacionamentos, senão todos os relacionamentos são uma questão. A questão da maternidade, porque até para quem não teve filho, falar da maternidade é importante, mesmo quem não quis ter filho, ou não pode, falar disso é importante.” (H.M.M, terapeuta ocupacional)

“Porque são mulheres altamente sofridas. A violência. A violência física, a violência emocional, seja ela de que tipo for.” (F.S.F, psicóloga)

5.2.7. -O tratamento das usuárias de drogas:

O tratamento para mulheres no Centra-Rio era misto até o primeiro semestre de 2003, quando um grupo de profissionais se reuniu para pensar uma terapêutica diferenciada para as usuárias que assim o desejassem e apresentou a proposta para a equipe e direção da unidade, obtendo consentimento e apoio para implementá-la. O que foi feito a partir de julho do mesmo ano:

“Nunca tinha me ocorrido, por outro parâmetro, não no sentido do atendimento do usuário, do adicto, por essa questão do gênero. Eu não tinha pensado até então. Não tinha me ocorrido. Pra mim foi uma coisa nova. Além de ser novo eu nunca tinha pensado sobre. Quando foi colocado em reunião, eu comecei a refletir, achei uma coisa interessante, porque dá para desenvolver um trabalho, tirando as dificuldades que talvez elas sentiriam num grupo com homens. Achei muito interessante, até possibilita, acho que até a demanda aumenta, quando tem um grupo assim. A adesão, o vínculo. Acho que dá até uma abertura melhor. (De alguma forma as mulheres sempre estiveram pela instituição?) Mas não um olhar exclusivo pra elas. Um olhar bem direcionado, diferenciado para as mulheres.” (B.R.Q, diretora administrativa)

A adesão das mulheres era difícil, e a equipe relata que nos grupos mistos havia no máximo uma ou duas. Fator que provavelmente contribuía para a desistência de seguir em frente ou mesmo para o pouco aproveitamento delas no grupo. Algo que pode ter influenciado em muito na organização dos técnicos em responder essa demanda, propondo um atendimento específico:

“Então, esse apoio que elas tem... Tanto é que essa demanda veio através dessas experiências. De tanto elas falarem, de se sentirem inibidas de falarem em outro grupo. Como isso foi acontecendo, foi se formando esse grupo, do desejo delas, nas entrelinhas elas falavam isso. De formar um grupo de mulheres” (F.S.F, psicóloga).

“Bom, acho que, eu já atendi algumas mulheres em programas mistos. Elas até, não vou dizer que elas não se desenvolvem. As que eu já atendi elas se desenvolveram. Mas eu acho que sempre fica um espaço que acaba não sendo preenchido num grupo misto. É que sempre tem uma certa trava de falar algumas questões e aí, sempre assim, elas evoluem, tem uma que até teve alta, mas sempre fica um espaço, e aí, eu vejo que no grupo misto elas sentem necessidade de um individual, paralela. Então periodicamente tem uma sessão individual com terapeuta em paralelo e uma identificação maior com terapeuta mulher também.” (H.M.M, terapeuta ocupacional)

Aqui temos o relato de quem viveu a experiência antes de migrar para o programa de mulheres:

“Foi muito diferente. Porque no grupo misto, eu a princípio comecei a me abrir, a colocar as minhas questões, o que eu sentia. Mas tinha assim algumas pessoas do grupo, que usavam as falas que a gente tinha no grupo, em benefício próprio, eu me senti constrangida em uma ocasião, porque eu falei que eu gostava porque quando eu usava a maconha eu transava muito, entendeu, que eu tinha orgasmos múltiplos. Eu dei esse depoimento no grupo misto. E um membro uma certa vez, me abordou lá na rua, e me convidou para ir para um motel porque ele queria trepar com uma mulher assim, eu fiquei muito constrangida. E aí eu me fechei no grupo. Eu colocava, mas colocava coisas que não me comprometessem, para não dar esse tipo de brecha. E quando teve o grupo de mulheres, aí foi tranquilo, eu pude me abrir, abertamente, falar francamente, porque eu não me sentia assediada por ninguém. Nunca me senti.” (L.P.M, usuária de maconha)

Observamos que apesar da constituição de uma equipe feminina para atuar junto das mulheres, vir atuando na direção de facilitar o tratamento, pela questão da identificação, a postura da mesma é aberta no que tange ao reconhecimento de que o contato com profissionais masculinos também seja positivo no tratamento delas:

“Então eu tive oportunidade de trabalhar eu e mais um outro terapeuta homem, e haver uma procura mais pela mulher do que pelo homem. Eu acho que essa questão do terapeuta, do sexo, do gênero, influencia para “caramba”. (H.M.M, terapeuta ocupacional)

“Identificação também. Identificação tanto com a profissional quanto com as companheiras, isso ajuda muito. Pela identificação, por tudo isso que eu já falei, por elas se sentirem mesmo à vontade, ter um espaço de falar e de falar livremente. É claro que a gente sabe que é positivo também elas se tratarem com profissionais de outro sexo, lógico, mas é como se elas se sentissem nas suas próprias casas” (F.S.F, psicóloga)

Em pouco tempo de funcionamento, a adesão parece ter apresentado resultados favoráveis. Apesar de serem poucas mulheres no programa, com média em torno de 06(seis) a 08(oito) usuárias participando nesse primeiro ano, há indícios de que houve significativa vinculação destas ao serviço. Em nossa observação, isso foi sentido também de modo qualitativo, pela evolução delas no tratamento, mais até do que pela frequência aos grupos. Os resultados no que se refere às drogas, abstinência ou mesmo redução de danos, e expressivas mudanças

na vida em geral são apontados pelo grupo de profissionais que trabalham no programa, bem como pelas próprias usuárias:

“ Olha, eu acho que tem, até porque a gente vê, apesar de muitas desistências, apesar de muitas faltas, a gente tem um grupo de mulheres indo muito bem, quer dizer, uma que teve alta, acho que atende às necessidades. Agora, é claro né, que se a gente dispusesse de mais profissionais talvez, com informativos mais diferenciados, de várias áreas, que nem grupo informativo, é claro que seria bom. . Mas eu acho que para o nosso programa aqui, ele já foi planejado, feito, com a intenção de, não foi o contrário, um grupo que se transformou em grupo de mulheres, foi um grupo que já foi planejado, montado, para esse fim. Então, todas as atividades foram pensadas e são pensadas para esse fim, o que obviamente melhora muito mais a qualidade do atendimento.”(H.M.M, terapeuta ocupacional)

“Por exemplo, no tratamento do grupo... a abordagem terapêutica do grupo de mulheres, foi fundamental para mim. Porque? Porque quando eu cheguei aqui, eu tinha como base o modelo Minessota. E eu acreditava muito nesse modelo Minessota. Foi importante porque eu ouvia o depoimento de outras pessoas, eu não precisei me testar para saber se eu ia passar por aquilo, mas o modelo Minessota não dá conta desse tratamento da dependência química. Eu afirmo isso. Até porque eu passei um ano, sendo secretária de um grupo de mútua ajuda do modelo Minessota e eu vi várias pessoas recaírem. E hoje eu já sei porque elas recaíram. Elas recaíram porque faltou o suporte emocional que tem que ser dado a essa doença. Não é só a questão da dependência da droga, tem toda a questão que mexe com o emocional, com o” psique”. Isso tem que ser trabalhado. Lá a gente escreve, escreve, escreve, a gente fala não pode manipular, não pode ter auto piedade. Mas como se aprende a se exercitar isso. Não tem retorno. Você fala, fala e não tem retorno. E aqui nesse modelo terapêutico aqui do Centra-Rio não. Eu trazia as questões e eu tinha retorno. Tanto é que eu não conseguia passar lá, do 4º passo. No entanto, minha vida deu um salto de qualidade muito grande, que eu não precisei fazer aquela catarse do 4º passo. Para mim tava claro, que aquele modelo não era o modelo suficiente para dar conta da minha questão. Que o modelo suficiente para dar conta da minha questão que eu estava me identificando, era o modelo comportamental aqui do grupo de mulheres”(L.P.M, usuária de maconha).

Percebemos que a equipe e usuárias presentes no universo pesquisado, reconhecem avanços nesse percurso, porém consideram a existência de lacunas, como a questão do suporte social, do trabalho de rede, com vistas a auxiliá-las na re-inclusão social, do acompanhamento psicológico, da frequência mais vezes por semana à unidade e das trocas com os usuários em determinados momentos.

Dentro desse panorama gostaríamos de destacar que ainda que a avaliação nesse primeiro momento dos benefícios do programa se apresente com saldo mais positivo que negativo, um fato curioso nos chama a atenção: Por quê várias usuárias ao iniciarem seu tratamento no Centra-Rio optam pelo tratamento misto?

Na busca de compreender melhor esse fenômeno, optamos por entrevistar uma usuária que não quis realizar seu tratamento no programa específico

oferecido pela instituição. Suas colocações são interessantes e apresentam-se como dado surpreendente, na contramão das afirmativas teóricas de especialistas da área que preconizam a questão do tratamento específico. Ela diz:

“É, eu não achei que havia alguma vantagem, que não havia necessidade de haver um Grupo de Mulheres. Porque, é uma coisa que eu já comentei com os rapazes, eles quando iam para os bares ou pro morro, eles encontravam mulheres iguais a mim, então eles tinham que conviver com mulher. Na recuperação, com uma mulher igual a mim. Quantas vezes eles viram mulheres iguais a mim nos lugares e não deram valor? Hoje eles sabem que aquelas mulheres que estavam ali cheirando com eles, bebendo com eles (eram) não eram sem vergonha. Eram dependentes. Então o que acontece, eles me tratam como se eu fosse uma daquelas mulheres que está recuperada. Quando eu bebia, eu ia para lugares não para me envolver com homens. Mas no meu grupo era mais homens do que mulher, não sentava mulher comigo. Eu não sentava com outra mulher para beber junto, eu sentava sozinha e atraía homens para beber. Então meu mundo de bebidas era com homens, então minha recuperação poderia ser, porque eles tinham uma historia de vida... de mulher com.. Porque todo mundo que esta cheirando, bebendo, acaba tendo um caso, acaba se envolvendo sexualmente com alguém. Eles estavam acostumados a ter mulheres como eu ao lado deles e eu a ter eles, tanto que hoje em dia dá certo. Sou eu a única mulher, agora entrou mais uma, e eles se identificam. Às vezes, eu mesmo começo um assunto, que para eles poderiam assim se inibir. Eu mesmo começo um assunto e eles acabam se soltando mais e até percebendo realmente, que aquela mulher que eles encontraram várias vezes no morro é uma mulher doente. Se eles recaírem, forem ao morro e verem uma mulher dessas, eles vão dar outro tipo de valor a elas, porque me conhece, sabe que no grupo tem uma mulher doente.”(V.N.V, usuária de álcool)

Não cabe aqui tentar interpretar as razões pelas quais a usuária optou pelo tratamento misto, até porque nosso campo não é o da análise psíquica, antes o das relações sociais. Cabe sim enfatizar o quanto o real é mais complexo que nossas teorias sobre ele. E socializar uma impressão, passível de estar equivocada, que ainda assim consideramos pertinente para o momento: Será que o estigma social das próprias mulheres que a viam nos bares, teria contribuído para sua maior ligação com os homens? E seu próprio preconceito com respeito a si mesma não pode ter influenciado em sua busca pela companhia masculina? Medo da reprovação, ou simplesmente o fato de sentir-se mais à vontade com homens? Por quê não? Questões intrigantes, que apontam para a importância da instituição disponibilizar uma multiplicidade de alternativas ao usuário, numa perspectiva que o reconheça como sujeito de seu próprio processo. O que no caso dessa usuária indica ter sido fator significativo a sua adesão e sucesso no tratamento.

5.3. - A voz das usuárias

Numa pesquisa de caráter qualitativo seria impossível deixar de fora a voz daquelas que são alvo da proposta assistencial da instituição. Contudo, antes de entrarmos nas falas das mesmas daremos um pequeno resumo das histórias de vida dessas mulheres. Serão utilizados nomes fictícios para preservar a identidade das informantes.

5.3.3. História de vida das usuárias

- D.G.C, 53 anos,nível fundamental incompleto, do lar, viúva, 03 filhos, sendo dois falecidos e 01 de 34 anos, mora com uma irmã em Belford Roxo, usuária de álcool e tabaco:

Internada na CRIG no final de 2003, com alta após 90 dias, encontra-se abstinente do álcool e do cigarro desde que saiu. Não frequentou instituição de tratamento ambulatorial nem grupo de mútua-ajuda, apenas frequenta reuniões numa igreja evangélica, junto com a irmã.

Relata que já era casada quando passou a beber, após o nascimento do terceiro filho. Os dois primeiros faleceram antes de completarem 03 meses de idade. O marido faleceu há cerca de 10 anos e não bebia, contudo seus pais bebiam muito. Coloca que por sentir-se só e pelas más companhias passou a beber mais. Antes da internação na CRIG, morava sozinha, longe das irmãs, viveu em quatinhos e casa de colegas e foi internada em Paracambi por causa do alcoolismo, num hospital psiquiátrico, por 01 ano. Mais ou menos cinco anos antes da CRIG. Algo que aponta ter feito ela piorar, pois ao sair passou a beber ainda mais.

O filho sobrevivente foi criado pela tia paterna e não têm relação próxima com ela: já não se vêem há três anos.

Apesar da abstinência, não houve mudanças em outras áreas da vida. Na realidade ela não apresenta demanda para tal, ao contrário parece adaptada a rotina, sem interesse por outras coisas, que não a vida religiosa. Diz que “Jesus é seu namorado”, quando perguntada sobre o desejo de ter novo companheiro. A irmã interfere na entrevista e coloca preocupação por seu descuido com a aparência, pela baixa sociabilidade e por não tomar os remédios para o problema

de pressão alta que tem. Atualmente aguarda que o CAPS-ad de Belford Roxo a chamem para atendimento, pois a inscreveu há alguns meses. Esta demanda é mais da irmã do que propriamente de D.G.C.

Demonstra-se irritada com as interferências da irmã ao longo da entrevista, mas respeita sua fala, aliás é muito agradecida por sua ajuda.

Quanto ao motivo pelo qual começou a beber, diz que não sabe, apenas diz que começou “burra velha”. Contudo aponta que o sentimento de solidão a fazia beber e que passou a beber mais depois que ficou viúva.

Sobre a clínica D.G.C não tece nenhum comentário crítico, diz ter sido muito bem tratada e compara a atenção que recebeu da equipe de enfermagem da CRIG com a que recebeu na clínica psiquiátrica. Cabe lembrar que sua referência institucional anterior foi aquela clínica psiquiátrica onde ficou internada por um ano.

- A.C.S, 41 anos, 8ª série incompleta, solteira, mas mantém um relacionamento com o pai da sua filha há 04 anos, mora em São João de Meriti, tem 03 filhos, atualmente não trabalha, antes fazia quentinhas para fábricas e lojas mas nunca trabalhou fora, usuária de cocaína, álcool e tabaco:

O uso de álcool e cocaína iniciou-se no início da adolescência, mas aos 18 anos de idade intensificou-se seriamente. Aos 36 tentou parar, mas não teve sucesso, e há cerca de dois anos internou-se na CRIG, onde realizou tratamento, mantendo-se abstinente até o momento. Frequenta grupo de mútua-ajuda(N.A) desde então.

O pai era alcoolista e faleceu de cirrose hepática em decorrência disso. Têm dois irmãos com problemas de uso de álcool e cocaína. Conta que a irmã parou pelo seu exemplo.

Vive com os filhos, e fala da maternidade com muito carinho, colocando que apenas nos períodos em que estava grávida conseguia não usar nada. Seus filhos tem 14, 10 e 04 anos de idade. Investiu nas relações familiares e sociais, é muito ativa, adora escrever, algo que descobriu quando internada.

Identifica que afundou nas drogas por causa de uma paixão na adolescência por um namorado usuário que era guia turístico, que conhecia muita gente e vivia dando festas freqüentes com muita quantidade de álcool e outras drogas.

Aponta que o pai formou outra família, abandonando sua mãe e irmãos e que isso dificultou na relação com ele, como também a frustrou com respeito aos planos de continuar estudando, já que não a apoiava mais como fazia quando casado com sua mãe.

Sua vida após a internação apresentou melhorias significativas em vários aspectos, familiar, social, cultural, emocional, mas reconhece que precisa continuar investindo e sonha em poder publicar livros que já tem escritos, principalmente de ficção.

Demonstra ser uma pessoa com forte desejo de viver, bastante carismática, de inteligência e sensibilidade aguçadas.

A.C.S considera que o espaço limitado delimitado na instituição para as mulheres circularem é restrito, chegando até a liderar um movimento de reivindicações das outras usuárias com ela internadas, que falava da sensação de estarem presas. E como ponto positivo da CRIG fala da rotina com horários para se alimentar e para tudo, diferente de sua vida em casa. Para ela os profissionais são excelentes, muito atenciosos e em especial destaca o atendimento da psicóloga e a gratidão que sente por toda equipe, sem exceção.

Considera que o tratamento proposto pela clínica atendeu suas necessidades. E como crítica fala daquela questão trazida antes sobre as mulheres poderem circular nos espaços fora da ala feminina.

A.C.S se vê como uma pessoa doente que está se recuperando. Acredita que a falta de atenção familiar, principalmente do pai a influenciou no uso de drogas e situa o fato do pai ter abandonado ela e sua mãe como marco negativo em sua vida. Sobre a forma como a viam, particularmente a família, coloca que era elogiada como mãe apesar de criticarem seu comportamento auto-destrutivo.

-V.N.V, 47 anos, 3º grau incompleto, separada, tem 02 filhos, está desempregada mas sempre trabalhou, mora com os pais em Vila Valqueire

mas tem uma casa em Pedra de Guaratiba onde vai de vez em quando, usuária de álcool e tabaco:

Passou a beber intensamente quando entrou para a faculdade aos 19 anos. Cursava Psicologia tendo parado no meio do curso. Aos 24 anos entra para um grupo de mútua-ajuda(A.A), pois já estava até dormindo na rua. Fica abstinente por 20 anos, freqüentando assiduamente as reuniões durante os primeiros quinze anos. Por 08 meses mantém-se no uso, até buscar internação na CRIG, onde teve alta há cerca de 01 ano e meio, e desde então faz tratamento ambulatorial misto no CENTRA-RIO.

Antes de entrar para o grupo, foi internada pelo marido num sanatório na Tijuca, onde ficou por uma semana, saindo de lá porque seu pai entrou em atrito com seu marido, fazendo-o voltar atrás na decisão.

Casou aos 17 anos e está separada há quinze. Seus filhos tem 21 e 30 anos de idade. Afirma que vivia mal com o marido que era muito ciumento. Trabalhava como modelo e ganhava 06 vezes mais que ele, questão que considera ter trazido conflitos, já que ele era “boy” e recebia bem menos. Teve outro companheiro após separar-se, mas no momento não tem ninguém. Foi demitida há 01 ano e meio e uma semana depois se internou.

Diz que a recaída foi emocional, após a perda de uma amiga muito significativa.

Além de manter-se abstinente desde a saída da CRIG, V.N.V percebe avanços na vida familiar, na relação com seus filhos há maior entrosamento. Está em benefício pelo INSS mas deseja retornar ao mercado de trabalho, embora saiba ser necessário ainda freqüentar o ambulatório duas vezes por semana, e pretende esperar um pouco mais. Fala do melhor conhecimento de seus sentimentos, de si mesma, mas aponta a dificuldade de ficar sozinha como algo ainda presente, o que a impossibilita de voltar a morar em sua casa, algo que deseja muito.

Com relação a o tratamento na CRIG também critica a restrição das usuárias aquele ambiente, de ficarem “presas” aquele espaço, sem poder escutar um som ou ver televisão durante o dia e afirma que não se sentia compreendida pela equipe, e que não conseguia confiar em nenhum profissional, destacando sua dificuldade em especial com a psicóloga, anteriormente elogiada por A.C.S.

Sinaliza a necessidade de mais trabalho de educação física e de terapia ocupacional e critica a abordagem em relação a advertências aplicadas em situações onde não eram indicadas.

Com respeito ao CENTRA-RIO só faz comentários positivos sobre a instituição, deixando claro como se sente respeitada ali. E o fato de poder escolher ir ou não para o tratamento misto sugere um acerto da instituição e no seu caso em especial um fator positivo na adesão. Parece satisfeita com sua equipe, um conselheiro, um psiquiatra e uma psicóloga, que destaca conduzir muito bem o trabalho, ser assertiva, fazendo perguntas no momento adequado que facilitam que ela se expresse.

V.N.V afirma sentir-se valorizada pelo grupo e nos deixa com a impressão de que suas necessidades pessoais estão sendo contempladas dentro do programa misto.

Percebe que após 20 anos de abstinência, recaiu por questões emocionais, mas sobre as razões que a levaram a consumir álcool aos 19 anos diz que nunca pensou sobre e que pode pôr a culpa em várias coisas, a faculdade estressante, o gosto bom da cerveja, a vida conturbada com o marido, contudo traz que por não querer aborrecimento, principalmente com o marido possessivo e ciumento, beber a ajudava a se desligar.

Identifica-se como uma mulher doente, contudo fala da estigmatização e do preconceito com respeito às usuárias de álcool e drogas por parte dos outros com muita propriedade. Para ela estas são vistas como sem-vergonhas, prostitutas e julgadas como não estando ali por terem problemas, mas sim por serem “safadas”, em contrapartida a tolerância com os homens que ficam no botequim e são vistos de maneira geral como estando ali por estarem “desgostosos” com a vida.

-L.P.M, 50 anos, Mestre em Serviço Social, solteira, têm um filho, mora no Estácio, usuária de maconha:

O pai é alcoolista e a mãe bebe muito. Tem muitos irmãos que abusam do álcool. Mas não desenvolveu identificação com tal droga.

Seu percurso com a maconha começa aos 34 anos de idade, quando passou a viver com uma pessoa que fazia uso e por considerá-la ansiosa e estressada lhe

oferece a droga para ficar mais calma. Dois anos depois, em 1990 procura tratamento no Hospital Pedro Ernesto, onde internou-se por 20 dias e depois permaneceu no ambulatório realizando consultas individuais com médico e psicólogo. Sua abstinência se dá a partir desse tratamento e dura por 08 anos. Em 1998 após separar-se do marido retorna ao uso da maconha de forma mais intensa, com prejuízos severos como quase ter perdido o emprego, por ter faltado ao trabalho 28 dias consecutivos. Nesse período manteve-se dentro de casa e a única atividade que fazia era se drogar.

Sua entrada no CENTRA-RIO foi em setembro de 2002, participando inicialmente de um grupo misto com enfoque no modelo Minessota. Poucos meses depois houve uma greve do serviço e após cerca de 60 dias sem atendimento, ao retornar a instituição foi surpreendida com a o término do grupo em razão de vários profissionais não estarem mais trabalhando lá. Informada do início do programa de mulheres na instituição solicitou ingressar nele. Sua permanência foi de julho de 2003 a setembro de 2004, por um ano e dois meses até ter recebido alta.

Paralelamente ao tratamento no CENTRA-RIO freqüentava grupos de N.A.(Narcóticos Anônimos) assiduamente.

Após separar-se do marido passou a vê-lo esporadicamente, mas nunca perdeu o contato. Às vezes se encontravam e se relacionavam sexualmente. Meses depois de sua entrada para o programa de mulheres, voltaram a morar junto com o filho de 16 anos. Reconhecia ser dependente afetivamente dele e identificou a necessidade de trabalhar tal questão ao longo do tratamento.

Sua vida mudou significativamente em vários aspectos. Encontra-se abstinente. Voltou a trabalhar, pois no período d realização do tratamento estava licenciada, separou-se do marido novamente, entrou num curso de dança, passou a fazer exercícios físicos com regularidade, e passou a investir na carreira. Diminuiu sua freqüência ao grupo de mútua-ajuda nos últimos meses por ter reavaliado a filosofia deles e perceber que não mais concordava com alguma de seus pressupostos. Desde sua alta vem fazendo terapia.

Ao refletir sobre seu tratamento L.P.M aponta a importância da instituição oferecer mais atendimento individual, pois o foco prioritário no grupo a ajudou,

mas há questões que precisam ser abordadas num espaço individual. Como também considera importante intensificar o ambulatório com atividades não só 02 ou 03 vezes por semana, mas diariamente. E elogia o apoio prestado pela mesma na questão da orientação dos direitos, nutricional, no apoio informativo e na oferta de trabalho com profissional de educação física.

Valoriza muito o trabalho de toda equipe mas destaca principalmente os benefícios trazidos à sua vida pelo trabalho da terapeuta ocupacional e da profissional de educação física.

Diz que a abordagem do programa específico de mulheres foi fundamental para ela, pois o foco não era na questão do uso da droga apenas, mas em vários aspectos do universo feminino. Cita a dependência emocional e o abuso sexual como temas em que pôde avançar e que estavam sufocados dentro dela. Diferentemente do grupo misto em que participou antes na mesma instituição, onde ao expor-se sobre sua sexualidade foi abordada por um integrante do grupo a convidando para “sair” e sentindo-se extremamente desrespeitada passou a não ficar mais à vontade para compartilhar esse tipo de assunto no grupo.

L.P.M associa o uso de maconha a sua ansiedade, porque a relaxava. E cada vez que tinha que enfrentar alguma dificuldade, fugia usando a maconha para anestesiar sua angústia. Considera-se alguém que adoeceu, mais do que rotular-se de doente, percebe-se como alguém que por dificuldades em lidar consigo mesma, com seus sentimentos estabeleceu uma relação com a maconha que a desorganizou em todas as áreas de sua vida.

Com relação à forma como a sociedade vê as mulheres usuárias, ela tem consciência de que é com muito preconceito e por ter isso claro, procura manter seu anonimato preservado ao máximo, pois uma vez viveu uma situação dessa ordem no trabalho, e isso já estando em recuperação.