6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão nos possibilitou confirmar certos pressupostos, formular novas questões e identificar certas lacunas. Algo que não nos surpreende se consideramos a complexa e dinâmica natureza da realidade social. Tal peculiaridade impõe um limite às análises dos fenômenos, sendo possível apenas discuti-los através de recortes de determinados lugares, sabendo que alcançar a completude, nesse campo torna-se meta inalcançável. Contudo está posta a nós a viabilidade de estabelecermos aproximações com o real. O que pretendemos nesse caso.

Diante do exposto retomamos a pergunta de onde partimos no projeto de pesquisa relativa ao tratamento de mulheres usuárias de álcool e outras drogas: Que especificidade é essa? Como as instituições pesquisadas qualificam essa especificidade?

Pela análise dos dados da CRIG, consideramos pertinente colocar que a história da instituição com seus atravessamentos políticos comentados anteriormente (ver pág 63 e 64) lhe imprime um caráter singular em que a prática profissional é marcada por determinações de ordem não especificamente terapêutica.

Sua trajetória político-administrativa acarretando mudanças recorrentes parece ter contribuído para a não sedimentação do trabalho técnico e a possibilidade de um acúmulo crítico. Ou seja, aspectos políticos do poder local interferiram diretamente na legitimação de um projeto assistencial terapêutico. O que se torna solo fértil para a proposição de abordagens e condutas de caráter eminentemente casuístico, calcado em representações sociais moralistas advindas do senso comum. Embora haja alguns profissionais que já possuem alguma visão mais crítica, as relações institucionais impõem-se, informadas por uma lógica que prioriza a reprodução da instituição.

Talvez por esse motivo, a especificidade do atendimento às mulheres usuárias de álcool e outras drogas apareça na CRIG associada ao fato das

mulheres serem tratadas separadamente dos homens. Embora seja um tratamento dito específico, na prática não se configura como tal, ao contrário, desconsidera questões de gênero.

Há um deslocamento do significado de gênero e este passa a ser tomado como suporte de estereótipos e representações. Elementos de fora da clínica (no sentido terapêutico) são assim reeditados na clínica. Os profissionais, em sua maioria, têm um olhar atravessado de preconceitos similares aos da sociedade em geral e não se percebem disso. Parecem acreditar que a forma como vêem e tratam as mulheres está pautada em justificativas exclusivamente técnicas. Aliás, essa reflexão nem está posta na agenda institucional. Como atualizam o modelo dito médico, acreditam que o aprimoramento técnico (para além do “feijão com arroz já existente”) trará melhores resultados. A equipe é o agente que irá “curar”, se o “paciente” permanecer como tal.

Uma dificuldade bem presente ao longo do processo de pesquisa refere-se à equipe na questão de como lidar com as relações entre os sexos. Algo que é tratado na maioria das vezes com disciplina ou até mesmo com o desligamento do tratamento. Em nossa análise a dificuldade na realidade se coloca como algo de dimensão maior para a equipe do que para as usuárias. (O que está apontado na pág 70)

Uma representação interessante que pôde ser identificada no imaginário da equipe com certa frequência é a associação das usuárias com uma certa periculosidade, não no sentido das ações criminosas e violentas, mas na capacidade delas destruírem os homens através da sedução. O que nos remete a idéia de classe perigosa, representação social em determinado momento histórico atrelada aos operários por sua capacidade de organização em sindicatos para lutarem por seus direitos trabalhistas. (GUIMARÃES, 1982)

A perspectiva dominante é baseada no modelo médico, onde o foco está na doença, e a postura do paciente, como o próprio nome diz é passiva. A tendência institucional nesse caso enfatiza a técnica no manejo da doença e as outras demandas do sujeito não têm espaço para serem vistas. No caso das usuárias essa postura também aparece, e as mulheres são percebidas pela doença e pela droga que usam e suas demandas de gênero são desconsideradas. O foco é no tratar a doença e não a pessoa.

O lugar do sujeito não existe antes a idéia de que o doente precisa ser tratado e se a instituição for boa o suficiente o tornará saudável, portanto “curado”. Assim a instituição precisa concentrar-se em ser melhor e em conseqüência disso bastará aos doentes ficarem lá um tempo que melhorarão. Está no modelo de funcionamento da instituição a eficácia e capacidade de tratar os pacientes e não em buscar responder as diversas demandas dos sujeitos que ali buscam ajuda. Pensamento esse de base eminentemente essencialista.

Quanto ao CENTRA-RIO podemos afirmar que a especificidade do tratamento das mulheres parece se propor a contemplar demandas de gênero, respeitando-se as diferenças entre homens e mulheres. Inclusive oferecendo alternativas, cabendo as mulheres escolherem se desejam o tratamento específico ou o misto. Contudo essa postura técnica não se coloca respaldada teoricamente pela perspectiva de gênero, mas parece estar mais próxima do conceito de subjetividade de base psicanalítica.

A especificidade aqui aparece relacionada à questão do respeito às diferenças entre homens e mulheres, e isto não está necessariamente condicionado às usuárias tratarem-se separadamente dos homens. Ao contrário, faz parte de se considerar às demandas das mulheres o fato de que possam se identificar mais com um grupo misto do que com um grupo só de mulheres. Com base nisso a instituição lhes possibilita escolher ir ou não para o programa dito específico. A especificidade não consiste no fato de irem para lá, antes em sentirem-se respeitadas e contempladas em suas demandas, quaisquer que sejam os grupos em que se tratam. Algo que apontamos ter nos surpreendido, pois o debate dos pesquisadores desse tema quando afirmam ser o tratamento específico, só com mulheres, mais capaz de apresentar resultados positivos, não valoriza tanto essa questão.

O CENTRA-RIO demonstra muita aproximação com a perspectiva da reforma psiquiátrica (o que foi discutido na pág 35), verificando-se uma tendência em se ver os usuários como sujeitos, protagonistas de sua própria história. Assim, o foco não está restrito ao uso do álcool e outras drogas, antes na vida da pessoa em seus diversos aspectos. Um leque de opções terapêuticas

é oferecido, e diferentes abordagens convivem no mesmo espaço, com a oferta de terapias não tradicionais como a homeopatia e a acupuntura.

Apesar de sua proposta de atender as demandas femininas no tratamento, a pesquisa apontou lacunas que precisam de investimento, como a abordagem das famílias das usuárias, acompanhamento dos filhos enquanto as mulheres participam das atividades na instituição, participação em atividades junto com os usuários, assistência jurídica, trabalho inter-agencial, estabelecendo parceiros e encaminhando-as para cursos, atividades culturais e de lazer, ou mesmo inserção profissional.* Mas a equipe demonstra abertura para refletir sobre os resultados do trabalho, estando atenta às próprias falas das usuárias. Em nossa perspectiva o fato de estarem funcionando há cerca de um ano e meio, sendo um trabalho recente na instituição ainda em sedimentação pode ter interferido na não observância dessas questões.

O pressuposto principal que afirmava que um tratamento destinado às mulheres que não incluísse a especificidade de gênero poderia acabar reforçando o processo social mais amplo de violência de gênero a que elas estão submetidas historicamente, teve sua confirmação na pesquisa, e a título de exemplificar citamos o afastamento das mulheres internadas na CRIG de seus filhos, pois crianças não podem fazer visitas. Decisão tomada com base em problemas administrativos, que desconsideram o significado da maternidade para a mulher dentro de nossa cultura e pode ser apontada aqui como reprodução da violência de gênero contra a mulher. A idéia presente em muitas falas de profissionais, é de que quando tais mulheres estavam se drogando, nem ligavam para os filhos, por que ligam agora? Isso faz-nos pensar: Tratamento ou punição? Por terem rompido com a representação social do papel de mãe (que sempre está ao lado dos filhos, ainda que isso signifique padecer no paraíso), não podem estar com eles, foram julgadas e condenadas ao sofrimento e ao sentimento de culpa? O que está sendo feito, é tratamento mesmo? Ou reprodução da forma estigmatizadora como a sociedade as enxerga, num ambiente dito técnico?

*Estes aspectos são inspirados na pesquisa de Baker e Duffy (2002). Esta foi realizada em comemoração aos 10 anos de uma política para mulheres usuárias de álcool e outras drogas na Inglaterra e reflete as demandas e as respostas institucionais naquele país.

A experiência no campo confirmou o pressuposto de que a especificidade pode ser entendida como sinônimo de separação entre os sexos, sem necessariamente basear-se numa abordagem que considere as singularidades do gênero feminino. Então se especificidade está reduzida a isso, é possível que a participação das usuárias num tratamento misto seja melhor para elas. Pois que diferencial existe?

Sobre o tema da adesão, também confirmamos a suposição de que esta recebe impacto positivo quando é oferecido às mulheres um tratamento a partir de uma perspectiva de gênero, como o exemplo de L.P.M (ver págs 78 a 80).

Em termos de lacunas apontamos na pesquisa a ausência de profissionais das instituições que não trabalham com as mulheres. O foco principal era compreender a visão dos profissionais que lidam com a temática estudada, mas ao final do processo identificamos que conhecer melhor a perspectiva de outros técnicos através de entrevistas enriqueceria a análise. Isso só pode ser vislumbrado em raros momentos de observação participante, como por exemplo, em reuniões de equipe onde se discutia alguma situação envolvendo alguma usuária e elementos representacionais apareciam nos discursos.

Para finalizar, chamo a atenção para 03 pontos que os dados analisados levam a pensar:

- 1- A superioridade do modelo psicossocial e sociocultural sobre o modelo médico

- 2- Apesar de uma “política para usuários de drogas” ainda estar em estado incipiente, a experiência de se apropriar de algumas inovações introduzidas pela Reforma Psiquiátrica (no âmbito dos cuidados dos portadores de sofrimento psíquico), ganha vulto na medida em que possibilita ao sujeito em tratamento participar do seu processo de mudança, de recuperação da auto-estima e de encontrar um novo lugar no mundo.

- 3- A necessidade de se sistematizar as diferentes experiências no Brasil, com vistas a dar subsídios para uma eficaz política de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, onde, no interior desta, haja espaço para se discutir e formular

questões específicas para o tratamento das mulheres usuárias de álcool e outras drogas.