

4. Mulheres, drogas e tratamento

Apesar do consumo de drogas por mulheres vir aumentando nos últimos anos, dados do I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado por Carlini et al. (2001) demonstram predomínio do sexo masculino na maioria das substâncias, com exceção para os benzodiazepínicos, estimulantes e orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite), onde as mulheres superam o consumo dos homens.

Outra droga que aparece de modo expressivo nos índices de consumo de drogas por mulheres, é a nicotina. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) divulgou que um terço da população adulta fuma, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens.

Os homens fumam em maior proporção que as mulheres em todas as faixas etárias, porém a mulher vem aumentando sua participação, principalmente nas faixas etárias mais jovens. (MALBERGIER, 2001)

Muitas mulheres alcoolistas também fazem uso de outras drogas. Nas décadas de 70 e 80, os sedativos e tranqüilizantes tiveram destaque, mas, ultimamente, drogas ilícitas, como maconha, cocaína e alucinógenos, estão se tornando mais comuns entre as mulheres com menos de 30 anos de idade (EDWARDS et al, 1997). Isso tem sido viabilizado pelo amplo acesso que hoje elas têm em conseguir tais drogas, diferentemente de décadas atrás. Acesso esse, facilitado, principalmente, pelo estrondoso crescimento do crime organizado.

4.1. Considerações sobre as Mulheres Usuárias de Drogas

Para ROIG (1999) existem diferenças físicas inegáveis entre a mulheres o homem, como o tamanho corporal, a concentração de lipídios, as diferenças endocrinológicas, ciclo menstrual, e tudo isso são fatores condicionantes no uso e efeito das substâncias psicoativas.

As razões que levam as mulheres a iniciarem o uso de drogas diferem das dos homens. Elas começam a beber a partir da ocorrência de eventos significativos, enquanto que os homens não apontam um fator desencadeante especial. No caso da cocaína, as mulheres se referem á depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde, como

motivos para o início do uso. Os homens justificam o uso pelos efeitos da intoxicação propriamente dita.

As mulheres relatam mais problemas intrapsíquicos, como depressão, baixa autoconfiança, irritabilidade e dificuldade em prever os próprios sentimentos. Já os homens referem-se frequentemente a problemas externos, como dificuldades profissionais, financeiras, criminais e direção perigosa no trânsito. (HOCHGRAF, 2001)

Pesquisas indicam que mulheres usuárias de drogas ilícitas são apresentadas as mesmas pelos seus parceiros sexuais e que estes são os fornecedores da substância, assim como o padrão de consumo delas e os problemas decorrentes do uso são fortemente influenciados por eles. (AQUINO, 1997)

Grande parte das mulheres tem companheiros usuários que se opõem ao tratamento delas. O incentivo ao tratamento fica mais por conta dos pais e filhos.

O estigma social em relação às mulheres é bastante expressivo, sendo julgadas como promíscuas, amorais e incapazes de cuidar da família e dos filhos. E, em razão disso, muitas fazem uso às escondidas. O sentimento de culpa é uma constante. São muitos os conflitos com a família, e o abandono por parte do companheiro se dá em certos casos. (AQUINO, 1997)

A atitude da família difere quando é a mulher quem apresenta problemas com drogas. No caso dos homens, há maior mobilização no sentido de tratar o problema, mas com as mulheres ocorre a negação e ocultação da situação, permitindo-se até que beba escondido, desde que não apresente "condutas indesejáveis", sem, contudo, extrapolar os limites da esfera familiar. (AQUINO, 1997)

Aquino (1997) aponta um estudo do NEPAD onde foram levantados dados sobre tais mulheres que confirmam os da literatura internacional, afirmando que em relação a família, foi identificada uma profunda e grave desestruturação familiar. Referindo-se as suas mães, 23% das pacientes relataram abandono, suicídio, internações psiquiátricas, alcoolismo e uso de outras drogas. Com relação aos pais, os índices de alcoolismo, consumo de drogas, comportamento violento, abandono do lar, abuso sexual, entre outros chegam ao significativo índice de 47% de prevalência.

Alguns estudos indicaram que relatos de estupro e violência doméstica são muito mais comuns nas dependentes de drogas que nas mulheres em geral (HOCHGRAF, ZILBERMAN e BRASILIANO, 1999).

Hochgraf et al.(1999) relatam maior prevalência de transtornos afetivos entre as mulheres dependentes de drogas, quando comparadas aos homens dependentes e as mulheres da população em geral. E ainda a maior presença de sintomas depressivos nas mulheres dependentes que nos homens também dependentes.

Parece haver uma associação entre prostituição e uso de drogas. Outro estudo citado pelas autoras é o que foi realizado na Austrália em 1989 onde se concluiu que, na maior parte dos casos, não era o uso de drogas que levava à iniciação na prostituição, mas uma vez iniciada esta prática, as mulheres recorriam à droga como apoio.

4.2. O Tratamento das Mulheres Usuárias de Drogas

Após a segunda metade do século XX, as mulheres usuárias de drogas passaram a receber atenção mais intensa nas pesquisas, em razão de sua maior procura por atendimento aos profissionais da área de saúde. Tais pesquisas ressaltaram a alta prevalência de problemas com drogas entre as mulheres.

A identificação das peculiaridades dessas mulheres ainda é bem recente, principalmente por elas não serem incluídas em trabalhos de seguimento, sendo, na verdade, menos estudadas que os homens, além também de estarem sub-representadas nos serviços assistenciais e de pesquisa, bem como a dependência de drogas ser sub-diagnosticada em mulheres. (BLUME apud HOCHGRAF et al.,1999)

O sub-diagnóstico se dá por fatores mais relacionados á esfera moral e social do que propriamente médica, o que pode influenciar negativamente no que tange a procurarem ajuda.

O estigma social que as cerca se coloca como forte barreira e influencia na criação de avaliações estereotipadas. O medo da desaprovação social, em muitos casos, as impede de procurar ajuda.

Os programas de reabilitação que incluem mulheres dependentes são poucos. Em geral são desenvolvidos por homens e destinam-se a atender usuários

de drogas masculinos. Talvez por ser o uso de drogas uma atividade ligada ao homem, mais que a mulher, quase tudo que foi proposto na descrição fenomenológica, psicopatológica e etiológica, desde qualquer aspecto referencial teórico, está orientado para o sexo masculino. Só ultimamente existe uma preocupação com a mulher relacionada às drogas psicoativas, e muito do que encontramos nas publicações atuais está ligado a modelos preconceituosos e não comprovados na experiência clínica (ROIG, 1999).

É freqüente que parceiros usuários de drogas também se apresentam como opositores ao tratamento. A falta de recursos para conseguir o cuidado com os filhos e o medo de que estes lhe sejam tirados também são entraves para o tratamento.

Outro elemento significativo que se coloca como barreira é a falta de capacitação técnica das equipes de saúde, pois em geral as mulheres buscam serviços médicos não especializados, com queixas vagas sobre sua saúde. O diagnóstico e encaminhamentos adequados são afetados por conta dessa deficiência.

O fato de o tratamento muitas vezes não se ajustar suficientemente às necessidades das mulheres é outra importante barreira. (EDWARDS et al, 1997)

Como já dissemos anteriormente, existem vários estudos que apontam que o tratamento específico para mulheres, em programas especializados, apresenta melhores resultados por contemplar as diversas dimensões de sua problemática. E normalmente quando realizado junto com os homens, isso pouco ocorre, pois na maioria dos casos, elas estão em número reduzido e os interesses masculinos tendem a predominar. Num tratamento específico, a abordagem de temas como a violência sexual e doméstica estaria facilitada.

É interessante a constatação de que programas exclusivos para mulheres atraem mais mulheres homossexuais que programas mistos. Na verdade, essas mulheres não encontrariam espaço para falar de suas dificuldades em programas mistos de atendimento (HOCHGRAF, 2001).

Os tratamentos mistos freqüentemente falham em satisfazer as necessidades das mulheres dependentes, o que leva a um menor engajamento e maior índice de abandono. (KAUFFMAN e cols apud BRASILIANO e HOCHGRAF, 1999)

Dados de uma pesquisa realizada na 1ª Clínica Popular do Rio de Janeiro, referente às internações de mulheres no ano de 2000, demonstraram maior

prevalência delas nas altas por desligamento, desistência, abandono e re-internações que os homens. O que parece confirmar o pensamento desse autor.

Um estudo desenvolvido pelo Programa de atendimento a mulher Dependente Química (PROMUD), associado ao Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP), verificou que, após seis meses, 66,9% (n=113) das mulheres alcoolistas permaneciam em tratamento em um programa específico, enquanto isso só acontecia em 34,8% (n=115) das mulheres alcoolistas pertencentes a um tratamento misto. Após 12 meses estavam em tratamento 52,6% (n=113) das alcoolistas do programa específico e apenas 19,1% (n=115) das alcoolistas do programa misto .

Sobre as pacientes dependentes de outras drogas, temos, após seis meses, que: 43,9% (n=66) das mulheres de um programa misto permaneciam em tratamento contra 66,3% (n=78) de um programa específico.

Brasiliano e Hochgraf (1999) destacam o pensamento de Davis (1994) que ao pesquisar tal área concluiu que a abordagem para essas mulheres deveria se concentrar mais no fato delas serem mulheres do que propriamente de serem usuárias de drogas. Além também de se utilizarem das reflexões de KAUFFMAN e cols (1995), pontuando que os tratamentos mistos apresentam falhas por desconsiderarem as especificidades dessas mulheres, e em razão disso seu engajamento é menor e o abandono apresenta índices bem maiores.

Para Hochgraf (2001), serviços de atendimento que incluam assistência social, assistência legal, atendimento familiar, profissionais que trabalhem especificamente questões ligadas á auto-estima e ao corpo (por exemplo, nutricionistas e terapeutas ocupacionais) e grupos de psicoterapia só de mulheres seriam mais eficazes para mulheres farmacodependentes.

Em sua experiência de psicoterapia de grupo com mulheres usuárias de drogas, Brasiliano (2001) coloca que as mulheres se diferenciam dos homens na forma de participação nos grupos:

“E enquanto homens dependentes em geral contam sua história como se ela se resumisse à história da substância, as mulheres não circunscrevem seu discurso a droga, parecendo que são mais capazes de detectar que por trás da droga há uma história a ser contada. É a partir de suas vidas que as mulheres vão falar: falam dos filhos, dos companheiros, de suas alegrias e tristezas, de seus medos e incertezas. Falam mal da equipe, bem do tratamento, falam da companheira do grupo e falam

do que pensam que a outra fala... Por um lado, parece ocorrer aqui algo específico do feminino ou, como diz BASTOS (1994): ‘A mulher fala muito, fala pelos cotovelos... Mas não fala em qualquer lugar. A fala da mulher tem um código próprio: ela é íntima num duplo sentido. Mulher fala de coisas íntimas em lugares íntimos. O espaço que lhe é próprio é o espaço privado e seu texto relacional’.”

Nessa direção, parece que para a mulher a criação de um espaço vincular, onde a identificação primária com o outro do mesmo sexo e com a mesma problemática está favorecida, facilita o desenvolvimento da intimidade e o falar gerador de sentido (BRASILIANO, 2001).

Embora não seja possível estabelecer comparações dadas as diferentes realidades sócio-culturais, consideramos oportuno ressaltar, a título de referência, a pesquisa da Inglaterra, realizada por Baker e Duffy (2002) sobre mulheres usuárias de drogas com foco nas barreiras que restringem seu acesso aos serviços de tratamento.

De 64 (sessenta e quatro) organizações que trabalham com essa clientela, 19 (dezenove) foram selecionadas para a pesquisa. Foram privilegiadas mulheres com filhos, grávidas, prostitutas e com problemas no sistema judiciário.

A revisão bibliográfica apontou as seguintes barreiras que restringem o acesso delas aos serviços:

- 1-Estigmatização e itens de proteção à criança
- 2-Rede de suporte social pobre
- 3-Fragilidade de serviços de maternidade
- 4-Atitude negativa dos profissionais de saúde
- 5-Serviço inter-agencial (rede) ineficaz

Como alternativas para o aumento da acessibilidade destacaram a importância de se providenciar espaço específico para as mulheres mais vulneráveis; transporte direto para o serviço e entrevistas; cuidado para as crianças (setor específico em hospital, creches, casas de família); mudanças de horário; contatos de emergência (telefone, por exemplo).

Com relação a como as organizações vão aos encontros das necessidades das mulheres usuárias são apontados alguns caminhos:

- Construir áreas de confiança /confidência
- Lidar com suas necessidades imediatas e continuadas
- Lidar com seus problemas psiquiátricos

- Providenciar novas oportunidades
- Descobrir outras necessidades

O princípio básico do tratamento concentra-se numa abordagem focada na mulher usuária, para além do seu uso de drogas, compreendendo que o problema do uso de drogas não está isolado das outras necessidades das mulheres. Dessa forma, o máximo de oportunidades a elas disponibilizadas para mudarem de vida, minimizando os prejuízos já causados pelo uso de drogas é fator fundamental em sua adesão e evolução.

Dentro disso ressaltam a necessidade de construir laços mais fortes com seus parceiros-chave (inter-agências).

Além dessa experiência inglesa que nos oferece subsídios para pensarmos os aspectos favoráveis a acessibilidade das mulheres aos serviços de tratamento, destacamos ainda que outro trabalho recentemente publicado, envolvendo experiências e pesquisadores de vários países, que pode ser bastante útil aos interessados nessa temática, foi o consenso mundial sobre tratamento as mulheres que o escritório de Drogas e Crime das Nações Unidas* lançou em 2004, e só conseguimos acesso quando do encerramento deste trabalho.

Por dois motivos consideramos um avanço a iniciativa das Nações Unidas: primeiro porque através da discussão de diversos países que pensam e tratam as usuárias de álcool e drogas, se organizou um trabalho que pode contribuir como referência mundial para os serviços que atuam ou pretendem atuar junto desse público repensarem ou planejarem suas abordagens de tratamento, e depois porque engrossa o investimento nesse campo de pesquisa que historicamente vem sendo menos explorado, principalmente no Brasil.

* United Nations, Office on Drugs and Crime. Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned, Viena, 2004.