



ISSN: 2595-1661

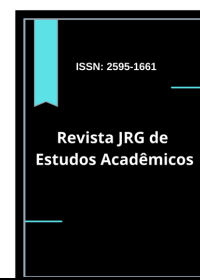
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Para onde vão as mulheres que usam drogas? Análise de planos terapêuticos de mulheres acolhidas em uma unidade de acolhimento

Where do women who use drugs go? Analysis of therapeutic plans of women sheltered in a reception unit

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3171

ARK: 57118/JRG.v9i20.3171

Recebido: 12/04/2026 | Aceito: 15/04/2026 | Publicado *on-line*: 16/04/2026

Fernanda Brito Lima¹

<https://orcid.org/0009-0000-5160-817X>

<http://lattes.cnpq.br/1229583276581867>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil

E-mail: Fernandablima.nutricao@gmail.com

Yasmin Kássia Rodrigues Martins²

<https://orcid.org/0009-0009-1836-5183>

<http://lattes.cnpq.br/9742498720750268>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil

E-mail: yasminmartinsass.social@gmail.com

Waleska Batista Fernandes³

<https://orcid.org/0009-0006-6319-4190>

<http://lattes.cnpq.br/6802866531217865>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil

Email: waleska-fernandes@fepecs.edu.br



Resumo

Este é um estudo documental, descritivo e retrospectivo de abordagem qualitativa, que analisou os prontuários de mulheres acolhidas na Unidade de Acolhimento Adulto do DF em 2024. Objetivou-se compreender como se configurou o cuidado ofertado a esse público, considerando a organização dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), as barreiras ao tratamento e os atravessamentos de gênero. Mediante análise de conteúdo, emergiram quatro categorias: estrutura e qualidade do PTS; barreiras psicossociais; atravessamentos de gênero na experiência do cuidado; e construção e rearranjos do cuidado. Os resultados revelaram PTS com limitada abrangência psicossocial e fragilidades na reavaliação sistemática. A violência de gênero mostrou-se elemento estruturante do sofrimento; a maternidade emergiu de forma ambivalente; e a abstinência predominou como marcador do cuidado, tensionando os princípios da redução de danos. Conclui-se pela necessidade de práticas sensíveis ao gênero, ampliação

¹Residente Multiprofissional em Saúde Mental - Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), Brasília, DF (Brasil). Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília (UnB).

²Residente Multiprofissional em Saúde Mental - Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), Brasília, DF (Brasil). Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB).

³Mestra em Ciências da Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, DF (Brasil). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)



de vagas femininas e diversificação das estratégias terapêuticas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: saúde mental; mulheres; substâncias psicoativas; projeto terapêutico singular; gênero.

Abstract

This is a documentary, descriptive, and retrospective study with a qualitative approach, which analysed the medical records of women sheltered at the Adult Reception Unit of the Federal District in 2024. The study aimed to understand how care was organised for this population, considering the structure of Singular Therapeutic Projects (STPs), barriers to treatment, and gender dimensions. Using content analysis, four categories emerged: STP structure and quality; psychosocial barriers; gender dimensions in the care experience; and care construction and rearrangements. Results indicated STPs with limited psychosocial scope and weaknesses in systematic reassessment. Gender-based violence proved to be a structural element of suffering; motherhood emerged ambivalently; and abstinence predominated as a care marker, creating tensions with harm reduction principles. The findings highlight the need for gender-sensitive practices, expansion of female placements, and diversification of therapeutic strategies within the Psychosocial Care Network.

Keywords: mental health; women; psychoactive substances; singular therapeutic project; gender.

1. Introdução

Historicamente, o cuidado em saúde mental foi marcado por práticas de segregação e institucionalização, fundamentadas no modelo asilar, que reduzia o sofrimento psíquico à dimensão biológica e promovia o afastamento social dos sujeitos (AMARANTE, 1995). A partir da década de 1970, impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelas experiências internacionais, especialmente a italiana, o Brasil iniciou um processo de transformação do modelo assistencial em saúde mental.

Esse movimento culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Segundo Amarante (1995), esse percurso consolidou a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo e articulado, que ultrapassou o campo técnico-assistencial e passou a abranger dimensões político-jurídicas, teórico-conceituais e socioculturais.

Um marco jurídico desse processo foi a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no país, priorizando estratégias de cuidado territorializadas e a desinstitucionalização. Nesse contexto, foram estruturados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizados em diferentes modalidades conforme o perfil populacional atendido (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Entre essas modalidades, os CAPS ad III configuram-se como serviços comunitários voltados ao atendimento contínuo de pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, funcionando em regime de 24 horas e articulados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (BRASIL, 2012). Nesses serviços, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se como instrumento central do cuidado, sendo elaborado de forma compartilhada entre equipe multiprofissional, usuário e



família, orientando as intervenções clínicas e psicossociais a partir de metas, responsabilidades e estratégias de acompanhamento (BRASIL, 2009; RASCH et al., 2015).

Apesar dos avanços institucionais, mulheres com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, enfrentam barreiras específicas no acesso e na permanência nos serviços dos Caps ad III, como estigmatização social, responsabilidades familiares e limitações na oferta de vagas em dispositivos de acolhimento, evidenciando desigualdades de gênero na organização da rede assistencial (MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017; ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Diante desse cenário, este artigo pretendeu analisar, por meio dos prontuários e dos PTS, como se configurou o cuidado oferecido a mulheres acolhidas na Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) no ano de 2024, considerando a organização do PTS, as barreiras à continuidade do cuidado, a reinserção social e os atravessamentos de gênero e institucionais.

A análise do PTS no âmbito da Unidade de Acolhimento Adulto do Distrito Federal, a partir da revisão de prontuários de mulheres admitidas no serviço, apresenta elevada relevância social e científica. O estudo contribui para problematizar a escassez de produções acadêmicas que realizam um recorte de gênero no cuidado em saúde mental e no tratamento de pessoas em sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, evidenciando a necessidade de desenvolver estratégias de cuidado sensíveis às especificidades do público feminino.

Os impactos das desigualdades de gênero no acesso, na adesão e na permanência em tratamentos de saúde mental são negligenciados nos serviços e nas políticas públicas. Assim, compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres ao buscar atendimento ou ao manter-se em acompanhamento terapêutico, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidades sociais, torna-se fundamental para subsidiar a formulação de práticas mais equitativas e efetivas.

Nesse sentido, o estudo busca explorar tanto as barreiras internas quanto externas enfrentadas por essas usuárias, bem como identificar elementos relacionados às suas redes de apoio e às condições institucionais que atravessam o cuidado. Ademais, sugere-se a análise de estratégias que possam atender de maneira mais apropriada às necessidades particulares desse grupo, colaborando para a melhoria das práticas em saúde mental, para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e para a expansão do debate acerca do cuidado integral em situações de vulnerabilidade social e possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2. Metodologia

Trata-se de estudo documental, descritivo e retrospectivo, de abordagem qualitativa, realizado a partir da análise de prontuários de mulheres que residiram na Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) do Distrito Federal no ano de 2024. A UAA dispõe de 15 vagas, das quais 3 são destinadas ao público feminino.

Foram adotados como critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que residiram na UAA no período delimitado para o estudo, possuir registros disponíveis em prontuário eletrônico contendo Projeto Terapêutico Singular com densidade textual suficiente para análise qualitativa, e ter consentido com a participação na pesquisa mediante assinatura do TCLE. Foram excluídos os prontuários cujos registros se encontravam incompletos, ausentes ou que não contemplavam o PTS como componente documental.

O corpus analítico foi constituído por três prontuários de mulheres acolhidas na UAA. A delimitação do corpus decorreu de dificuldades no estabelecimento de contato



com as demais participantes elegíveis para obtenção do TCLE, o que inviabilizou a ampliação da amostra. Assim, optou-se pela análise aprofundada dos registros disponíveis que atendiam aos critérios éticos e metodológicos estabelecidos. Para assegurar o anonimato das participantes e garantir maior cuidado ético na apresentação dos dados, os prontuários foram identificados por nomes fictícios de flores. Dessa forma, os casos são apresentados neste estudo como Rosa, Violeta e Margarida.

O PTS foi analisado como componente documental integrante do prontuário, tendo suas unidades de registro codificadas no mesmo processo analítico. A identificação da origem documental de cada unidade foi mantida ao longo da análise, com vistas à compreensão das relações entre o planejamento terapêutico e a prática assistencial desenvolvida.

A coleta de dados consistiu na extração de trechos textuais dos prontuários e dos PTS relacionados ao processo terapêutico, à organização do cuidado, à adesão ao tratamento, à reinserção social, às experiências maternas e aos atravessamentos institucionais. Os dados sociodemográficos e clínicos foram utilizados de forma descritiva, com a finalidade de contextualizar os casos analisados.

A análise qualitativa foi conduzida com base na Análise de Conteúdo conforme o referencial metodológico proposto por Bardin (2016), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Inicialmente, realizou-se leitura flutuante do corpus, seguida da identificação das unidades de registro e codificação aberta, com construção de códigos emergentes do material. Posteriormente, os códigos foram agrupados por similaridade temática e recorrência, dando origem às categorias analíticas. Esse processo foi conduzido de forma sistemática, buscando assegurar coerência interna entre os dados empíricos, as categorias analíticas e o referencial teórico adotado.

O estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sob parecer nº 8.134.618. Todas as participantes manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados e Discussão

Dentre os prontuários analisados, participaram deste estudo 03 mulheres negras, com média de idade de 42 anos, predominantemente solteiras e em situação de desemprego ou afastamento do trabalho em decorrência do uso prejudicial de substâncias. As 03 participantes apresentavam um longo histórico relacionado a necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, especialmente crack e cocaína, associado a contextos de vulnerabilidade social, instabilidade habitacional e fragilidade na rede de apoio familiar, incluindo histórico de situação de rua e passagens por instituições de acolhimento.

No que se refere ao quadro clínico, as 03 participantes apresentavam sintomas depressivos, ansiedade, ideação suicida e histórico de tentativas de autolesão, sendo o uso de substâncias frequentemente relacionado a experiências de violência, luto e às condições precárias de vida.

Assim, a partir da leitura exaustiva dos prontuários, procedeu-se à identificação das unidades de registro e à codificação dos dados, conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin. A partir da codificação e do agrupamento dos dados, emergiram quatro categorias que sintetizam os principais elementos presentes nas trajetórias terapêuticas analisadas: 1) Estrutura e qualidade do PTS; 2) Barreiras psicossociais; 3)



Atravessamentos de gênero na experiência do cuidado; e 4) Construção e rearranjos do cuidado. As categorias e os respectivos códigos identificados estão presentes na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias e códigos da análise de conteúdo dos prontuários e PTS.

Categoria	Códigos
Estrutura e qualidade do PTS	Estruturação do PTS
	Acompanhamento e revisão do PTS
	PTS orientado à continuidade do cuidado e reinserção social
Barreiras psicossociais	Fragilidade familiar e desproteção social
	Sufrimento psíquico e vulnerabilidade à recaída
	Contextos territoriais e institucionais de risco
	Trabalho associado a sofrimento psíquico.
Atravessamentos de gênero na experiência do cuidado	Violência de gênero da trajetória
	Maternidade como sofrimento, ruptura e proteção
Construção e rearranjos do cuidado	Projetos de autonomia e reinserção social
	Engajamento e oscilações no cuidado
	Negociação institucional do cuidado
	Trabalho no rearranjo do cuidado

Fonte: autoras da pesquisa

3.1. Estrutura e qualidade do PTS

A análise dos prontuários evidenciou que os PTS concentraram-se em alguns eixos específicos, sobretudo trabalho, moradia, manutenção do tratamento e vinculação ao serviço com baixa formalização de outros componentes do cuidado psicossocial, como estratégias de redução de danos, ações de lazer, fortalecimento da rede social e articulação com recursos territoriais. Esse achado sugere uma organização do cuidado orientada prioritariamente para as necessidades imediatas de estabilização e permanência no tratamento, com menor incorporação das demais dimensões do cuidado psicossocial. Em uma revisão integrativa, Baptista e colaboradores (2020) apontam que, na prática dos serviços, são frequentes a subestimação de aspectos socioculturais, a



dificuldade de incorporação de recursos territoriais e a organização das ações de cuidado de forma fragmentada, muitas vezes restrita a intervenções clínicas e encaminhamentos especializados. Nessa direção, a concentração dos PTS em poucos eixos, observada neste estudo, sugere limites na operacionalização de sua dimensão psicossocial ampliada, evidenciando distanciamento entre o modelo preconizado e sua implementação no cotidiano do serviço.

Observou-se, entretanto, participação ativa das usuárias na definição de metas e objetivos terapêuticos, indicando presença de processos de contratualidade no cuidado. Esse aspecto se constitui como eixo central na construção do PTS, uma vez que sua elaboração pressupõe a participação ativa da pessoa acolhida e quando oportuno, dos familiares e da rede de apoio, e orientado pela singularidade das trajetórias, necessidades, projetos de vida e pela corresponsabilização do cuidado (RASCH et al., 2015). Ainda assim, essa participação mostrou-se predominantemente associada à definição de objetivos terapêuticos imediatos, sem ampliação sistemática para outras dimensões do cuidado relacionadas às especificidades das trajetórias femininas.

Outro achado importante diz respeito às diferenças na sistematização da reavaliação do PTS, especialmente entre os prontuários de Rosa e Margarida. Em Rosa, observou-se fragilidade no registro de reavaliação e atualização do plano terapêutico, enquanto em Margarida houve registro de reavaliação do PTS com readequação de metas. Essa inconsistência distancia-se do modelo de PTS preconizado, estruturado em 4 etapas: avaliação, definição de metas, contratualidade e reavaliação, sendo esta última fundamental para o monitoramento do cuidado e reformulações do planejamento terapêutico (DEITOS et al., 2025).

Além disso, a partir da análise dos prontuários notou-se uma fragilidade na oferta de estratégias terapêuticas orientadas para o público feminino. Apesar da existência de um grupo de mulheres no CAPS AD de referência da UAA, esse único recurso se mostra insuficiente diante das demandas das mulheres no contexto de cuidado e saúde mental e pelo grupo ser conduzido, em grande parte, por residentes multiprofissionais o que indica uma incorporação ainda pouco institucionalizada dessa dimensão no serviço.

Os achados desta categoria dialogam com a literatura sobre a organização do cuidado no CAPS AD que evidencia tensões entre o modelo psicossocial preconizado pela Lei 10.216/2001 e sua operacionalização no cotidiano dos serviços. Ramos e Castaldelli-Maia (2024) destacam que, embora os CAPS AD se caracterizam pela abordagem interdisciplinar, pelas construções de PTS, pela integração com outros dispositivos da rede e pelo foco na reinserção social, persistem desafios relacionados à rigidez das atividades terapêuticas, à participação insuficiente dos usuários no planejamento do cuidado, à permanência de abordagens biomédicas e à limitada atenção às especificidades de gênero.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo reforçam que, embora os PTS apresentassem algum grau de organização formal e participação das usuárias na definição de metas, sua estrutura mostrou-se restrita a poucos eixos de cuidado e pouco permeável a estratégias terapêuticas mais diversificadas, territoriais e sensíveis às especificidades de gênero na estruturação do cuidado psicossocial.

3.2. Barreiras psicossociais

Os prontuários analisados evidenciam que a trajetória de cuidado dessas mulheres é atravessada por múltiplas vulnerabilidades, como fragilidade dos vínculos familiares, sofrimento psíquico, vivências de violência e exposição a contextos de risco, configurando um conjunto de barreiras psicossociais que prejudicam a continuidade do cuidado. Esses elementos reforçam que a manutenção do cuidado não pode ser compreendida de forma



restrita ao campo clínico ou comportamental, mas deve ser situada nas condições concretas de vida das usuárias, considerando os determinantes sociais que incidem sobre suas trajetórias. Nesse sentido, a adesão e permanência no tratamento ultrapassam a ideia reducionista de “força de vontade”, sendo atravessadas por fatores sociais, históricos e relacionais que impactam diretamente a possibilidade de continuidade do cuidado.

A literatura aponta que o fenômeno do uso de substâncias por mulheres está profundamente imbricado em construções sociais de gênero, que produzem desigualdades e vulnerabilidades específicas. (Medeiros, Maciel & Sousa, 2017). A família, que deveria ser o suporte, muitas vezes atua como barreira devido ao julgamento moral. Já as instituições que prestam atendimento para mulheres com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ocasionam uma desproteção social, devido às falhas na capacitação de profissionais, na própria divulgação dos espaços e, também, à limitada capacidade técnica para o tratamento desse público. Essa desproteção se expressa na dificuldade de acesso ao cuidado e à proteção do Estado de forma adequada, evidenciando limites na efetivação das políticas públicas (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Ao considerar o enfraquecimento das relações de suporte, é fundamental não o compreender como um aspecto isolado ou exclusivamente individual, mas como resultado de processos históricos e sociais que definem e regulam os papéis femininos. A percepção da família em relação ao uso de substâncias pelas mulheres configura-se como um dos principais fatores que dificultam o processo de tratamento, visto que o núcleo familiar internaliza estigmas sociais associados a esse comportamento, o que pode gerar sentimentos de vergonha em relação a essas mulheres, contribuindo para atitudes de afastamento, violência e negligência no cuidado, em contraste com o que, em muitos casos, se observa no cuidado destinado ao público masculino. (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016). A mulher, tradicionalmente associada ao cuidado, à maternidade e ao espaço doméstico, quando rompe com essas expectativas, seja pelo uso de substâncias, pela vivência em situação de rua ou pela ruptura de vínculos, é percebida como transgressora das normas sociais, como resultado, é socialmente desaprovada e estigmatizada (BOLZAN, 2015).

Nesse sentido, a quebra dos vínculos familiares não se dissocia das expectativas socialmente construídas em torno do feminino, uma vez que as mulheres são historicamente posicionadas como responsáveis pela manutenção da organização familiar, do cuidado e da moralidade. Quando ocorre essa ruptura, ela não é compreendida como expressão de vulnerabilidades estruturais, mas como falha individual no cumprimento de seu papel social, sendo frequentemente associada à ideia de desvio de conduta. Esse processo contribui para a produção de estigmas e para o afastamento dessas mulheres do núcleo familiar, reforçando dinâmicas de exclusão e responsabilização individual frente a problemas que são, na realidade, socialmente produzidos (DAL'IGNA et al., 2019).

Rosa ilustra essa realidade, na qual a família aparece como espaço de violência e ausência de suporte, tornando sua trajetória terapêutica atravessada pela fragilidade dos vínculos. De modo semelhante, essa dinâmica também se evidencia nas falas de Violeta, especialmente quando ela expressa:

“...possui grande dificuldade de lidar com situações que remetem aos seus problemas familiares, sendo sempre esses gatilhos para sua piora.” (Violeta)

Assim, o núcleo familiar, que deveria ser um grande facilitador do cuidado, a partir da reforma psiquiátrica, é compreendido como parceiro no cuidado psicossocial, em



oposição às práticas de isolamento. Nesse sentido, a família tem como função primordial o cuidado e a proteção de seus membros, configurando-se como o primeiro espaço de suporte e segurança. Espera-se, portanto, que esteja minimamente preparada para lidar com crises, uma vez que se constitui como um grupo social historicamente construído e articulado às dinâmicas sociais mais amplas (MIOTO, 1996).

No entanto, nos casos analisados, observa-se que a família deixa de exercer essa função protetiva e passa a se configurar como um espaço de produção de sofrimento, no qual se reproduzem estigmas sociais e experiências traumáticas. Assim, em vez de incentivar a busca por tratamento, muitas dessas mulheres passam a vivenciar sentimentos de rejeição e afastamento no próprio núcleo familiar, o que fragiliza ainda mais seu percurso terapêutico, como evidência a fala de Violeta:

“...não se sente acolhida ou amada, sentimentos esses agravados pelo fato de ser filha adotiva.” (Violeta)

Esses elementos evidenciam que o sofrimento psíquico não se dissocia das relações familiares, mas se constrói a partir delas, impactando diretamente a continuidade do cuidado e a estabilidade no tratamento. Assim, a fragilidade dos vínculos não apenas antecede o uso de substâncias, mas também interfere na permanência dessas mulheres nos processos terapêuticos.

Diante da ausência ou fragilidade desse suporte, outras barreiras passam a emergir no percurso de cuidado, deslocando essas mulheres para a busca de apoio nos serviços institucionais, que passam a ocupar, muitas vezes, o lugar anteriormente atribuído à família. Embora essas instituições tenham como finalidade o acolhimento, observa-se que, em muitos casos, operam a partir de uma lógica que articula cuidado e controle, reproduzindo normas sociais sobre o comportamento feminino.

Nesse sentido, evidencia-se que o papel das instituições se configura de maneira ambivalente: ao mesmo tempo em que oferecem tratamento, proteção e acesso a direitos, também podem reproduzir práticas de vigilância, controle dos comportamentos e moralização das usuárias, tensionando sua autonomia. Essa dimensão contraditória, sobretudo quando marcada por intervenções normativas e disciplinadoras, pode entrar em conflito com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa ambivalência pode ser observada no caso de Rosa, quando aponta que:

“Considera que o abrigo é um fator de risco para o uso.” (Rosa)

Embora haja um crescimento significativo no número de mulheres que recorrem ao uso de substâncias, e existam planos nacionais, como o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, ainda se observa a ausência de diretrizes práticas voltadas a esse público. Nesse sentido, não há, de forma consistente, capacitação ou estratégias de tratamento específicas direcionadas às mulheres. (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Assim, os espaços disponíveis para as mulheres que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, especialmente aquelas em situação de rua ou que buscam acolhimento institucional, não se encontram preparados de forma adequada para atender às especificidades desse público. Constata-se que a maioria dos serviços de saúde ainda funciona a partir de uma lógica generalista e, frequentemente, fundamentada em um modelo de atenção historicamente masculinizado, comprometendo o reconhecimento das demandas específicas das mulheres e a elaboração de estratégias



de cuidado que levem em consideração suas particularidades, como as relações de cuidado, a maternidade e as vivências de violência. (RASCH et al., 2015).

Apesar de essas instituições terem como finalidade o acolhimento, verifica-se que, em diversas situações, não conseguem atender adequadamente às necessidades reais dessas mulheres, podendo, inclusive, reproduzir dinâmicas de violência e insegurança. Mulheres em condição de vulnerabilidade narram experiências de violência institucional, psicológica e física, além da violação de direitos, mesmo em ambientes destinados ao acolhimento (SILVA; JORDÃO; FERREIRA, 2020).

De forma concreta, existem poucos espaços destinados ao acolhimento de mulheres que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, especialmente aquelas em situação de rua ou que buscam acolhimento institucional. Entre eles, destacam-se as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), de caráter transitório, regulamentadas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que exigem acompanhamento terapêutico, sendo o tempo de permanência definido a partir do Projeto Terapêutico Singular, elaborado pelo CAPS de referência. Essas unidades são pensadas como dispositivos de cuidado inseridos na Rede de Atenção Psicossocial, com foco no acolhimento, na proteção social e na reinserção dos usuários, considerando suas necessidades individuais e o contexto social em que estão inseridos (BRASIL, 2012).

Destaca-se, ainda, que, entre os resultados analisados na presente pesquisa, duas das mulheres são mães; no entanto, observa-se que nem o serviço investigado, nem a Portaria nº 121/2012 preveem de forma explícita a possibilidade de acolhimento dessas usuárias junto a seus filhos, evidenciando uma lacuna normativa e assistencial.

Além disso, existe a possibilidade de encaminhamento para comunidades terapêuticas, que são ambientes residenciais voltados à modificação de comportamentos dos sujeitos, geralmente com tempo médio de permanência de aproximadamente nove meses, baseando-se, em sua maioria, no modelo de abstinência. No entanto, estudos apontam que muitas dessas instituições apresentam fragilidades no que se refere à qualificação das equipes, às atividades ofertadas e ao embasamento científico das práticas, o que pode comprometer a efetividade do cuidado e limitar a consideração das especificidades das mulheres nesses espaços. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas se estruturam como ambientes organizados a partir de regras, rotinas e normas bem definidas, em que “trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados” (SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 168).

Também há a possibilidade de encaminhamento para espaços vinculados à Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), que acolhem pessoas com vínculos familiares rompidos ou fragilizados. Contudo, esses dispositivos nem sempre estão articulados com a rede de saúde, o que pode dificultar a continuidade do cuidado e a construção de estratégias mais integradas de acompanhamento.

A disponibilidade desses dispositivos é precária devido à reduzida capacidade de atendimento. Na UAA referida pelas usuárias, existe a capacidade total para 15 moradores, porém apenas 3 leitos são destinados às mulheres. Essa limitação obriga muitas delas a buscarem outros locais para o seu tratamento quando as vagas estão ocupadas, o que as força, muitas vezes, a recorrer a outros espaços para não permanecerem em situação de rua.

Essa percepção se intensifica quando Rosa expressa preferência pela Comunidade Terapêutica (CT) diante da incerteza de acolhimento na UAA, associando esse espaço à proteção e à manutenção da abstinência:



“Informou que caso não haja outra alternativa, preferiria ir para a CT ao abrigo após a internação.” (Rosa)

“Quer ir para CT para manter-se mais tempo em desuso em local protegido.” (Rosa)

Porém, vale ressaltar que as comunidades terapêuticas, em sua maioria, se estruturam a partir de políticas proibicionistas, nas quais a abstinência total é colocada como principal objetivo do tratamento. Nesse modelo, observa-se a presença de práticas pautadas no medo, na repressão e na intolerância ao uso de qualquer substância, muitas vezes associadas a princípios morais e religiosos como forma de condução do cuidado. “[...] prevalece o paradigma da abstinência, pela imposição na descontinuidade imediata do uso”, sendo, em muitos casos, estabelecida como única direção possível de tratamento.” (LOPES; GONÇALVES, 2018, p.6)

Essa associação entre cuidado e contenção também se expressa nas falas das usuárias, especialmente quando Rosa aponta a preferência por espaços que considera mais protegidos, ainda que mais restritivos:

“prefere CT” (Rosa)

“local protegido” (Rosa)

Essas falas evidenciam a internalização de uma lógica de cuidado fortemente associada ao isolamento e à abstinência, na qual a proteção é compreendida como afastamento dos contextos de uso, mesmo que isso implique em maior controle e restrição da autonomia.

Já os espaços conhecidos pelas mulheres como abrigos são serviços disponibilizados pela SEDES que, ao não responderem às necessidades concretas dessas mulheres, podem reproduzir e reforçar dinâmicas de violência, controle e insegurança, sendo relatadas situações de violência institucional, psicológica e física, mesmo em locais destinados ao acolhimento (SILVA; JORDÃO; FERREIRA, 2020).

Quando esses espaços passam a ser percebidos como ambientes pouco acolhedores ou punitivos, deixam de cumprir sua função protetiva e podem atuar como fator de risco para o uso de substâncias. Soma-se a isso a presença de instabilidade emocional nesse contexto, marcada pelo medo de perder a guarda dos filhos, pelo estigma e pela insegurança em relação ao tratamento, elementos que comprometem a permanência nos serviços (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Assim, compreende-se que todos esses elementos influenciam diretamente o processo de engajamento e permanência dessas mulheres em seus tratamentos. As instituições de cuidado, como as UAA e as Comunidades Terapêuticas, ainda enfatizam a abstinência em detrimento da política de redução de danos, como já discutido neste trabalho, o que pode resultar em práticas de cuidado pouco efetivas e desalinhadas com os princípios da reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, outro aspecto importante diz respeito às oscilações entre engajamento e ruptura ao longo do percurso terapêutico. O cuidado psicossocial mostrou-se atravessado por momentos de adesão, interrupções, retomadas e necessidades de repactuações entre moradores, equipe e serviço. Ao mesmo tempo, os prontuários indicaram centralidade do uso ou não uso de substâncias como marcador de acompanhamento e avaliação da manutenção do tratamento, evidenciando a presença de uma lógica de cuidado fortemente pautada na abstinência.



"sem sinais de uso de SPA" (Rosa, Violeta e Margarida)

Já em Margarida, as barreiras se concentram principalmente no território e no acesso facilitado às substâncias psicoativas, indicando como o ambiente social pode operar como fator de risco para recaídas e descontinuidade do tratamento, uma vez que o território não se apresenta como espaço de proteção, mas como cenário de vulnerabilidade e exposição contínua ao uso.

"Não quer voltar para (território de origem), pois acredita que terá uma nova recaída." (Margarida)

Estudos apontam que o território pode se configurar como importante fator de risco para o uso de substâncias, especialmente quando marcado por condições de vulnerabilidade social, precariedade no acesso a serviços de saúde, educação, cultura e lazer, além da presença constante de violência e circulação de drogas (SILVA et al., 2021).

Além disso, fatores como a desorganização familiar, a influência dos pares e a incorporação do uso como prática social compartilhada contribuem para a manutenção desse comportamento, já que os sujeitos, ao buscarem pertencimento a determinados grupos, tendem a reproduzir padrões já estabelecidos naquele contexto (SILVA et al., 2021).

Nesse sentido, territórios onde o uso de substâncias se encontra naturalizado e amplamente presente passam a influenciar diretamente aqueles que neles se inserem, reforçando ciclos de uso e dificultando a ruptura com esses padrões. Tal dinâmica evidencia que o território não é apenas um pano de fundo, mas um elemento ativo na produção das experiências de uso e cuidado, atravessando as trajetórias e possibilidades de tratamento dessas mulheres (MARQUES et al., 2022). Contudo, é importante destacar que o território não se configura apenas como espaço de risco, mas também como potencial produtor de cuidado, visto que pode possibilitar a construção de vínculos, acesso a redes de apoio e estratégias de reinserção social.

Diante desses elementos, observa-se que as trajetórias dessas mulheres são atravessadas por múltiplas dimensões que não atuam de forma isolada, mas articulada. A família, as instituições e o território, que em muitos casos deveriam operar como espaços de proteção, passam também a se configurar como contextos de vulnerabilização, marcados por experiências de violência, exclusão e fragilidade dos vínculos.

Nesse sentido, esses contextos não apenas antecedem o uso de substâncias, mas também contribuem para sua manutenção e para as dificuldades de permanência no cuidado, estabelecendo uma dinâmica complexa e não linear. Assim, o processo de cuidado dessas mulheres não pode ser compreendido de forma fragmentada, exigindo a construção de estratégias que considerem simultaneamente os determinantes sociais, as relações de gênero e as condições concretas de vida que atravessam suas trajetórias.

Além disso, fatores como a desorganização familiar, a influência dos pares e a incorporação do uso como prática social compartilhada contribuem para a manutenção desse comportamento, já que os sujeitos, ao buscarem pertencimento a determinados grupos, tendem a reproduzir padrões já estabelecidos naquele contexto (SILVA et al., 2021).

Nesse sentido, territórios onde o uso de substâncias se encontra naturalizado e amplamente presente passam a influenciar diretamente aqueles que neles se inserem, reforçando ciclos de uso e dificultando a ruptura com esses padrões. Tal dinâmica



evidência que o território não é apenas um pano de fundo, mas um elemento ativo na produção das experiências de uso e cuidado, atravessando as trajetórias e possibilidades de tratamento dessas mulheres (MARQUES et al., 2022). Contudo, é importante destacar que o território não se configura apenas como espaço de risco, mas também como potencial produtor de cuidado, visto que pode possibilitar a construção de vínculos, acesso a redes de apoio e estratégias de reinserção social.

Diante desses elementos, observa-se que as trajetórias dessas mulheres são atravessadas por múltiplas dimensões que não atuam de forma isolada, mas articulada. A família, as instituições e o território, que em muitos casos deveriam operar como espaços de proteção, passam também a se configurar como contextos de vulnerabilidade, marcados por experiências de violência, exclusão e fragilidade dos vínculos.

Nesse sentido, esses contextos não apenas antecedem o uso de substâncias, mas também contribuem para sua manutenção e para as dificuldades de permanência no cuidado, estabelecendo uma dinâmica complexa e não linear. Assim, o processo de cuidado dessas mulheres não pode ser compreendido de forma fragmentada, exigindo a construção de estratégias que considerem simultaneamente os determinantes sociais, as relações de gênero e as condições concretas de vida que atravessam suas trajetórias.

3.3. Atravessamentos de gênero na experiência

Os achados evidenciaram que a experiência do cuidado foi marcada por atravessamentos de gênero, particularmente relacionados a violências, à maternidade e às relações afetivo-conjugais. Esses elementos não aparecem como aspectos secundários, mas como componentes centrais da trajetória de sofrimento, de formação de vínculos e dos processos de cuidado. Nessa perspectiva, o gênero não se limita a distinguir sujeitos, mas opera como um organizador das relações sociais, produzindo hierarquias, desigualdades e diferentes posições de poder, o que repercute nas formas de vulnerabilidade e nas experiências de cuidado vividas por mulheres (ALVES; ROSA, 2016).

No prontuário de Rosa, identificaram-se vivências de violência de gênero que marcaram sua trajetória desde a infância, repercutindo em processos de ruptura familiar. Esse achado sugere que a violência constitui como um elemento estruturante de vulnerabilização e do percurso de cuidado, incidindo sobre vínculos, as formas de proteção e a possibilidade de sustentação da vida em rede. Pesquisas sobre a temática apontam que mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas (SPA's) possuem trajetórias em comum, marcadas por violência física, sexual e psicológica (ALVES; ROSA, 2016)(JANSEN; MEYER; FELIX, 2017)(ELY; VITÓRIA CALHEIROS, 2025).

Em Violeta, a maternidade aparece como importante eixo de sofrimento psíquico e vulnerabilidade, sobretudo diante da perda da guarda do filho e do afastamento do exercício cotidiano do cuidado materno, situação associada à recaída e à intensificação do uso de SPA's.

"... a mãe da (Violeta) conseguiu a guarda definitiva do filho dela, e que isso foi um dos fatores que levaram a recaída e uso contínuo de crack" (Violeta)

Ao mesmo tempo, o vínculo materno permaneceu como referência afetiva importante:

"Conversa com o filho todos os dias e sente muita saudades."(Violeta)



Esses elementos mostram que a maternidade se constitui, simultaneamente, como fonte de sofrimento e como eixo de sustentação emocional, revelando sua ambivalência na experiência do cuidado. Em um estudo qualitativo conduzido por Adam e colaboradores (2021), que avaliaram o impacto da maternidade no uso de SPA's e no engajamento ao tratamento, as mulheres entrevistadas apontaram a separação física dos seus filhos e/ou o medo de perder a guarda deles como fatores que contribuíram para a recaída e a continuidade do uso de SPA's. Além disso, este estudo mostrou que a maternidade costuma ser atravessada por culpa, medo de julgamento e sofrimento psíquico, mas também opera como motivação para a busca por tratamento e reorganização de projetos de vida (ADAM et al., 2021).

De forma complementar, o estudo de Menandro, Garcia e Uliana (2019) indicam que a perda da guarda não pode ser compreendida apenas como medida de proteção à criança, mas também como experiência produtora de sofrimento e estigmatização para as mulheres, uma vez que estas frequentemente são julgadas a partir de modelos normativos de maternidade que desconsideram suas condições concreta de vida. Nesse contexto, mesmo quando reconhecem aspectos positivos em seu exercício materno, podem ser socialmente classificadas como negligentes, o que intensifica sentimentos de culpa inadequação e afastamentos dos serviços de cuidado (MENANDRO; GARCIA; ULIANA, 2019).

No prontuário de Margarida, a maternidade também apareceu de forma ambivalente, associando sofrimento, culpa e proteção emocional. O contato com o filho foi registrado como elemento de ajuda e alívio, indicando seu papel como fator protetivo no percurso terapêutico.

“Moradora chorosa... tristeza por recaídas e não ter cuidado dos filhos...”

(Margarida)

“A visita do filho ajudou.” (Margarida)

Esse resultado reforça que a experiência materna, no contexto de cuidado em saúde mental, não se organiza de forma homogênea. Pelo contrário, ela é atravessada por sentimentos simultâneos de falha, perda, proteção e esperança. Ao mesmo tempo, como discutem Silva, Pereira e Penna (2018), quando a maternidade é tratada apenas como elemento restaurador da vida social das mulheres, há o risco de se reforçar uma leitura moralizante do cuidado, centrada em papéis tradicionais de gênero e pouco atenta às singularidades das trajetórias femininas (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018).

Além disso, os estereótipos de gênero podem atravessar o cuidado oferecido a mulheres que usam substâncias as colocando em um ideal de docilidade, fragilidade e centralidade do cuidado na família. Nessa perspectiva, a maternidade tende a ser mobilizada como atributo constitutivo do feminino e também como recurso terapêutico, o que pode reforçar expectativas normativas sobre o “ser mulher” e o “ser mãe”, em detrimento de uma compreensão mais ampla das necessidades de cuidado dessas mulheres (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018).

Nesse sentido, o cuidado psicossocial deve considerar as questões de gênero que perpassam os corpos femininos no processo de saúde e adoecimento, a fim de superar práticas reducionistas, que reproduzem concepções estereotipadas sobre o feminino e a maternidade. Em consonância, a reduzida oferta de vagas femininas na UAA, com apenas 3 vagas reservadas às mulheres em um total de 15, expressa uma hegemonia do cuidado voltado ao público masculino, sugerindo menor visibilidade institucional das demandas femininas. Dessa forma, os resultados apontam para a necessidade de fortalecer práticas psicossociais sensíveis ao gênero, capazes de acolher essas trajetórias em sua singularidade, sem reduzir as mulheres a condições de usuárias de substâncias ou a



expectativas morais relacionadas ao cuidado e à maternidade (JANSEN; MEYER; FELIX, 2017) (ROMANINI, 2024).

3.4. Construção e rearranjos do cuidado

A análise dos registros também evidencia que o PTS não se configura como instrumento estático ou linear, mas como um dispositivo processual, construído a partir de negociações constantes entre usuárias, equipe e serviços. Os prontuários indicam que o cuidado se organiza por meio de pactuações sucessivas, revisões de metas, interrupções e retomadas, revelando um percurso terapêutico marcado por descontinuidades e reconfigurações.

O PTS é uma ferramenta orientadora do cuidado no âmbito do SUS, fundamentada nos princípios da Política Nacional de Humanização e da clínica ampliada, que propõe a construção compartilhada de estratégias terapêuticas entre equipe e usuário, considerando suas singularidades e o contexto de vida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014). No contexto da UAA, ainda que o PTS seja elaborado como requisito formal para o acolhimento, contendo histórico, definição de metas e articulação em rede, sua operacionalização no cotidiano demonstra que as trajetórias das usuárias não seguem um fluxo previsível, sendo atravessadas por condições concretas de vida, crises, recaídas e mudanças de contexto.

Nesse sentido, a contratualidade do cuidado aparece como elemento central, visto que as decisões sobre permanência, saída, trabalho e adesão ao tratamento são constantemente renegociadas, evidenciando que o cuidado em saúde mental no território se constrói de forma dinâmica, situada e relacional.

Ao mesmo tempo, observa-se nos prontuários a centralidade do uso ou não uso de substâncias como principal marcador de acompanhamento e avaliação da efetividade do tratamento, evidenciada por registros recorrentes como “sem sinais de uso de SPA” (Rosa, Violeta e Margarida).

Esse dado indica a presença de uma lógica de cuidado fortemente orientada pela abstinência, na qual a permanência no serviço e a evolução terapêutica tendem a ser avaliadas a partir da suspensão do consumo. Tal perspectiva, embora historicamente presente nas práticas em saúde mental e no campo das drogas, tensiona os princípios da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que propõe a redução de danos como estratégia orientadora do cuidado, reconhecendo o uso de substâncias como fenômeno complexo e não reduzido à abstinência como único objetivo terapêutico.

Conforme estabelecido pela Portaria n.º 2.197/2004, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve se organizar a partir de uma lógica de cuidado integral, territorial e baseada na redução de danos, sendo esta considerada estratégica para o êxito das ações desenvolvidas nos diferentes dispositivos de saúde. Nesse sentido, a abstinência não deve ser tomada como único objetivo do tratamento, uma vez que tal exigência pode, em muitos casos, contribuir para o afastamento dos usuários dos serviços.

Considerando que o uso de substâncias, muitas vezes, aparece como estratégia de enfrentamento frente a contextos de sofrimento social, psicológico e relacional, a redução de danos propõe deslocar o foco do cuidado do uso em si para os efeitos produzidos na vida do sujeito. Trata-se de uma abordagem que busca minimizar os danos associados ao consumo, ao mesmo tempo, em que reconhece o usuário como protagonista na regulação do seu uso e na construção do seu processo terapêutico, ampliando suas possibilidades de autonomia e inclusão social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; LOPES; GONÇALVES, 2018).



Nesse sentido, a ênfase exclusiva na abstinência pode produzir efeitos ambíguos: ao mesmo tempo, em que organiza o cuidado, pode também reforçar práticas normativas, moralizantes e excludentes, especialmente quando desconsidera as singularidades das trajetórias e as condições concretas de vida das usuárias (LOPES; GONÇALVES, 2018).

Essa centralidade da abstinência também se articula com as próprias percepções das usuárias sobre o cuidado e os espaços institucionais. A busca por ambientes considerados mais protegidos, como a Comunidade Terapêutica, em detrimento de outros dispositivos como o abrigo, revela que a ideia de cuidado está fortemente associada à contenção do uso e ao afastamento de contextos percebidos como risco. Ao mesmo tempo, as falas indicam que o uso de substâncias aparece como estratégia de enfrentamento frente às adversidades da vida, evidenciando que sua interrupção não pode ser compreendida de forma isolada das condições sociais, afetivas e relacionais.

Dessa forma, o cuidado centrado exclusivamente na abstinência tende a desconsiderar a função que o uso ocupa na vida dessas mulheres, limitando as possibilidades de construção de estratégias mais ampliadas e efetivas de cuidado no território.

Os registros de PTS apontam forte articulação entre cuidado e projetos de vida, especialmente por meio do trabalho e da moradia, evidenciando que a inserção produtiva é compreendida como eixo central no processo de tratamento e reinserção social das usuárias. Nesse contexto, o trabalho aparece não apenas como meio de subsistência, mas como possibilidade de reconstrução da autonomia, reorganização da vida cotidiana e retomada de vínculos sociais.

No entanto, nos prontuários de Rosa e Margarida, foi possível observar tensões entre a permanência na UAA e a urgência de inserção no trabalho, indicando que o tempo institucional nem sempre se articula com as demandas concretas de sobrevivência. Essa movimentação evidencia que, muitas vezes, a necessidade de geração de renda se sobrepõe às estratégias terapêuticas propostas pelos serviços, produzindo deslocamentos no percurso de cuidado.

Essa tensão aparece quando Rosa afirma:

"...pretender trabalhar o mais rápido possível para pedir desligamento da unidade (UA)..." (Rosa)

Esse achado dialoga com a compreensão do trabalho como base ontológica do ser social, uma vez que, conforme Barroco (2008), é por meio do trabalho que o sujeito desenvolve suas capacidades humanas, constrói autonomia e estabelece domínio sobre sua própria existência. Nessa perspectiva, o trabalho não se restringe à obtenção de renda, mas se constitui como elemento estruturante da identidade e da vida social, estando diretamente relacionado à reconstrução de projetos de vida das usuárias.

Sob a ótica marxiana, Sávtchenko (1987) compreende o trabalho como uma atividade racional e teleológica, na qual o sujeito projeta mentalmente um fim antes de realizá-lo, produzindo não apenas bens materiais, mas também transformações subjetivas. Sendo assim, o trabalho vai para além da obtenção de recursos básicos para a sobrevivência, como moradia, alimentação, entre outros, constituindo-se como um potencializador na construção da identidade dos sujeitos.

Nos PTS analisados, as metas de retorno ao trabalho, cursos profissionalizantes e geração de renda aparecem associadas ao desejo de reorganização da vida, fortalecimento da autoestima e reconstrução de vínculos sociais.

Entretanto, os dados também indicam que o trabalho assume um caráter ambíguo, configurando-se simultaneamente como fator de proteção e de risco. Essa ambivalência aparece de forma explícita quando Violeta afirma que



"... não está pensando nada relacionado ao trabalho (à curto prazo) ,pois acredita que se voltar a trabalhar irá realizar o uso de substâncias novamente" (Violeta)

Evidencia-se que a inserção produtiva, quando não acompanhada de condições subjetivas e sociais adequadas, pode atuar como gatilho para recaída. Essa contradição pode ser compreendida à luz das transformações contemporâneas do mundo do trabalho, que, conforme Antunes (2008), têm se caracterizado por processos de precarização, instabilidade e intensificação da exploração.

Para mulheres em situação de vulnerabilidade social, frequentemente inseridas em ocupações informais e desprotegidas, o trabalho pode deixar de operar como espaço de realização e constituir-se como fonte de sofrimento psíquico. Nesse contexto, o uso de substâncias psicoativas pode emergir como uma estratégia de enfrentamento frente ao sofrimento, funcionando como forma de alívio momentâneo, regulação emocional ou fuga de experiências consideradas difíceis de manejar. A literatura aponta que, diante de situações de estresse, os sujeitos mobilizam diferentes estratégias de coping, podendo recorrer tanto a mecanismos considerados funcionais quanto a estratégias potencialmente disfuncionais, como o consumo de álcool e outras drogas (ALMEIDA et al., 2023). A Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours (1992), contribui para essa análise ao apontar que o sofrimento emerge quando há um descompasso entre as exigências do trabalho e as possibilidades subjetivas do sujeito. Nesse sentido, a inserção precoce ou descontextualizada no trabalho pode comprometer o processo terapêutico, especialmente quando ocorre em condições marcadas por instabilidade e sobrecarga.

Dessa forma, os dados deste estudo indicam que, embora o trabalho apresente potencial como elemento estruturante do cuidado e da reinserção social, sua centralidade nos Projetos Terapêuticos Singulares deve ser problematizada. Ao ser definido como meta prioritária e, por vezes, padronizada, pode-se desconsiderar as singularidades das trajetórias, as condições concretas de vida e os momentos distintos do processo terapêutico, podendo transformar um potencial fator de proteção em elemento desencadeador de sofrimento e recaída.

4. Considerações Finais

O presente estudo analisou os Projetos Terapêuticos Singulares de mulheres acolhidas na Unidade de Acolhimento Adulto do Distrito Federal, com o objetivo de compreender como se configurou o cuidado ofertado a esse público, considerando sua organização formal, as barreiras à continuidade do tratamento, os atravessamentos de gênero e os processos de construção e rearranjo do cuidado no cotidiano do serviço.

Os achados evidenciaram que as trajetórias terapêuticas das mulheres analisadas são marcadas por múltiplas vulnerabilidades sociais e de gênero, que atravessam de forma determinante tanto o processo de adoecimento quanto às possibilidades de cuidado e reinserção social. O uso de substâncias psicoativas, para esse público, não se configura como fenômeno isolado, mas como expressão de processos históricos e sociais mais amplos, que envolvem violência de gênero, fragilidade dos vínculos familiares, precariedade habitacional e insuficiência das redes de proteção social.

Em relação à estrutura dos PTS, os resultados indicam que, embora os planos apresentassem organização formal mínima, sua operacionalização mostrou-se limitada a poucos eixos do cuidado psicossocial, com fragilidades na reavaliação sistemática e na incorporação de estratégias sensíveis às especificidades femininas, evidenciando distanciamentos entre o modelo integral preconizado pela Reforma Psiquiátrica e sua



efetivação no cotidiano dos serviços. Nesse contexto, a violência de gênero mostrou-se como elemento estruturante que antecede e potencializa o uso de substâncias, enquanto a maternidade emergiu de forma ambivalente, ora como fonte de sofrimento psíquico e ruptura, ora como fator protetivo e motivador do engajamento terapêutico, reforçando a necessidade de práticas de cuidado que acolham essas dimensões em sua complexidade.

A centralidade da abstinência como principal marcador de avaliação do tratamento, observada transversalmente nos três prontuários, tensiona os princípios da redução de danos e sinaliza a permanência de uma lógica que pode contribuir para o afastamento das usuárias dos serviços. De forma complementar, a ambiguidade do trabalho como meta terapêutica, simultaneamente reconhecido como fator protetivo e como potencial gatilho para a recaída, reforça a necessidade de sua incorporação contextualizada e individualizada nos PTS, considerando as condições concretas de vida e o momento do processo terapêutico de cada usuária.

Diante dos achados, este estudo contribui para evidenciar a necessidade de fortalecer práticas de cuidado em saúde mental que reconheçam o gênero como dimensão estruturante das experiências de sofrimento e tratamento, superando abordagens fragmentadas e moralizantes. A ampliação de vagas femininas nos dispositivos de acolhimento, a qualificação das equipes para o atendimento sensível ao gênero e a diversificação das estratégias terapêuticas nos PTS constituem desafios centrais para a efetivação de um cuidado integral e equitativo para esse público. Como limitação, destaca-se o reduzido corpus analítico, decorrente das dificuldades no estabelecimento de contato com as demais participantes elegíveis, o que impõe restrições à generalização dos achados. Recomenda-se a realização de estudos com maior abrangência amostral e que incorporem a perspectiva das próprias usuárias e das equipes profissionais, ampliando a compreensão sobre o cuidado ofertado às mulheres nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.



Referências

- ADAMS, Z. M.; GINAPP, C. M.; PRICE, C. R. et al. A good mother: impact of motherhood identity on women's substance use and engagement in treatment across the lifespan. **Journal of Substance Abuse Treatment**, [S.l.], v. 130, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108474>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- ALBUQUERQUE, C. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 22–29, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p22-29>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- ALBUQUERQUE, C. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Mulheres usuárias de drogas: desafios para o cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- ALMEIDA, Adriano Leitão; COSTA, Juan Enrique Moraes da; CORDOVIL, Valéria Rebouças. **Estresse e coping entre estudantes do ciclo básico de medicina durante a pandemia de COVID-19**. *Revista de Medicina (São Paulo)*, v. 102, n. 3, 2023.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho**, 2008, São Paulo. Anais [...]. São Paulo, 2008. Disponível em: <arquivo do seminário>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BAPTISTA, Juliana Ávila et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 mar. 2001. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 out. 2004. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS – documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2012. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- DAL'IGNA, Maria Cláudia et al. Gênero, sexualidade e biopolítica: processos de gestão da vida em políticas contemporâneas de inclusão social. **Arquivos Analíticos de Políticas Educativas**, [S.l.], v. 27, 2019. Disponível em: <https://epaa.asu.edu>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- DEITOS, Juliano Marcelino et al. Projetos terapêuticos singulares no CAPS AD III: limites e possibilidades na promoção da cidadania. **Caderno Pedagógico**, [S.l.], v. 22, 2025.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- ELY, Amanda; CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. A violência de gênero na história de vida de mulheres usuárias de crack. **Interfaces Científicas – Humanas e Sociais**, [S.l.], v. 12, p. 588–603, 2025.
- JANSEN, Mabel; MEYER, Dagmar E.; FELIX, Jeane. Mulheres usam substâncias psicoativas? Atravessamentos de gênero na política de redução de danos no Brasil. **Revista Psicologia Política**, [S.l.], v. 17, 2017.
- JORGE, Denise Batista Pereira. **Adolescente vulnerável ou vulnerabilizado? Sentidos e usos do termo vulnerabilidade na perspectiva dos agentes sociais do município de Jacaréi (SP)**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- LANCMAN, Selma; GHIRARDI, Maria Inês. **Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- LOPES, Helenice Pereira; GONÇALVES, Aline Moreira. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S.l.], v. 13, 2018.
- MARQUES, Lorena Silva; et al. **Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 123–132, 2022.
- MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F. A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 439–447, 2017.
- MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F. Mulheres e uso de drogas: a invisibilidade feminina e as especificidades de gênero. **Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 8, 2017.
- MENANDRO, L. M. T.; GARCIA, M. L. T.; ULIANA, R. S. S. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres usuárias de drogas. **Psicologia & Sociedade**, [S.l.], v. 31, 2019.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Katálisis**, Florianópolis, p. 21–26, 1998.
- RAMOS, Artur; CASTALDELLI-MAIA, João Maurício. Key features and current challenges of the Brazilian Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs (CAPS-AD). **International Review of Psychiatry**, [S.l.], 2024. DOI:10.1080/09540261.2024.2427825.
- RASCH, Scheila Silva et al. Projeto terapêutico singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Psicologia em Pesquisa**, [S.l.], v. 9, p. 205–215, 2015.
- ROMANINI, Moises. Quem estamos acolhendo? Uso de drogas e acolhimento de mulheres e pessoas LGBTQIA+. **Revista Psicologia Política**, 2024.



- SABINO, Nathalia; CAZENAVE, Silvia de Oliveira. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [S.l.], v. 1, 2005.
- SÁVTCHENKO, P. **O que é trabalho?** Moscou: Progresso, 1987.
- SILVA, Silas Zil da; PILLON, Sandra Cristina; ZERBETTO, Sônia Regina; SANTOS, Manoel Antônio dos; BARROSO, Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade; ALVES, Jheyunny Sousa; CRUZ, Jefferson Pereira Maciel da; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza. Adolescentes em território de grande circulação de substâncias psicoativas: uso e prejuízos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, 2021.
- SILVA, Thiago H. C.; JORDÃO, Luciana R.; FERREIRA, Patrícia L. A invisibilidade das mulheres em situação de rua e a violação de direitos. **Atâtôt**, [S.l.], v. 1, p. 118–139, 2020.