



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia

Leslie Kauana Souza Silva

**O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE AS MULHERES NO CONTEXTO DA
RAPS: uma revisão de literatura**

João Pessoa

2021

Leslie Kauana Souza Silva

**O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE AS MULHERES NO CONTEXTO DA
RAPS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes (CCHLA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Dr. Anselmo Clemente

João Pessoa

2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Anselmo Clemente
Orientador

Prof. Dra. Zaeth Aguiar do Nascimento
Examinadora

Ms. Dayse Catão Ramalho
Examinadora

Para todas as mulheres. Sigamos fortes e juntas.

Agradecimentos

À minha vó Maria Ferreira por ter me dado todo o suporte e ensinamentos para conseguir trilhar o meu caminho na vida. Por tudo que sou e pelo que não sou, agradeço.

Ao meu orientador Anselmo Clemente, pela parceria, paciência, e por tantas trocas ao longo deste ano.

À minha mãe, Suely Souza e ao meu irmão Kaltz Victor, por sempre estarem presentes, cuidando de mim mesmo que de longe.

Aos meus colegas de curso e amigos Elias Queiroga, Iara Martins, Matheus Alves e Nathália Kokkonen por tanto amor que compartilhamos. Agradeço muito por esse encontro tão feliz e especial. Vocês são uma parte da psicóloga que me tornei.

Às minhas amigas Maria Júlia de Andrade e Rejane Nascimento, companheiras que a vida me deu, que me deram a mão sempre que precisei, foram a minha família em João Pessoa. Tenho vocês para sempre comigo.

Às minhas primas Maria Luiza Alves, Bruna Nunes e Bianca Nascimento e à minha tia Soraia Ferreira por terem acreditado em mim sempre e me incentivarem a sempre dar o meu melhor. Estou com vocês.

À minha professora Ieda Franken, por ter me ensinado tanto e mostrado que se aprende melhor quando há afeto. Apreendi muito mais do que a psicopatologia.

À professora Zaeth Nascimento e à psicóloga Dayse Catão por terem aceitado o convite para compor a banca desta monografia.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca do uso de medicamentos benzodiazepínicos por mulheres que são atendidas em serviços oferecidos pela RAPS. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, levantando artigos científicos sobre o tema nas bases de dados Scielo, Pepsic, Lilacs, Indexpsi e nos periódicos Capes, que resultaram em 10 trabalhos selecionados para análise após aplicação dos critérios escolhidos. Os estudos evidenciaram que o gênero feminino é o que mais usa benzodiazepínicos, a maioria inicia seu uso no fim da idade adulta e início da velhice, sendo bastante relevante também a quantidade de mulheres que iniciam o uso ainda na juventude. As queixas de insônia são as principais motivadoras das prescrições desses remédios, que tem como um de seus efeitos colaterais a dependência, o que nos faz questionar a necessidade das prescrições. O uso crônico é identificado em muitos casos em que mulheres estão há muitos anos usando o fármaco, sendo o tempo de tratamento estimado de apenas 4 meses. Quando analisados os motivos que levam as mulheres a buscar este tipo de tratamento, na maioria das vezes encontram-se problemas socioeconômicos e também de cunho familiar. Diferentemente de outras substâncias psicoativas, a questão dos benzodiazepínicos não tem estratégia de cuidado definida, demandando uma instrumentalização com modos de cuidado na perspectiva da Redução de Danos.

Palavras-chave: Mulheres; Benzodiazepínicos; RAPS.

Abstract

This study aims to carry out a literature review on the use of benzodiazepine drugs by women who are assisted in services offered by RAPS. To this end, a systematic literature review was carried out, raising scientific articles on the subject in the Scielo, Pepsic, Lilacs, Indexpsi and in periódicos Capes databases, which resulted in 10 works selected for analysis after applying the chosen criteria. Studies have shown that females are the ones who most use benzodiazepines, most start using them in late adulthood and early old age, and the number of women who start using it still in their youth is also quite relevant. Complaints of insomnia are the main motivators for the prescription of these drugs, which has dependence as one of its side effects, which makes us question the need for prescriptions. Chronic use is identified in many cases where women have been using the drug for many years, with an estimated treatment time of only 4 months. When analyzing the reasons that lead women to seek this type of treatment, most of the time there are socioeconomic and family-related problems. Unlike other psychoactive substances, the issue of benzodiazepines does not have a defined care strategy, demanding an instrumentation with modes of care from the perspective of Harm Reduction.

Keywords: Women; Benzodiazepines; RAPS.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Localização dos estudos a partir da pesquisa dos descritores	27
Tabela 2 - Resultantes da avaliação crítica dos estudos a partir da aplicação dos filtros	28
Tabela 3 - Escolha da bibliografia para coleta dos dados a partir da leitura dos textos	29
Tabela 4 - Ano das publicações encontradas na pesquisa.....	30
Tabela 5 - Distribuição geográfica dos estudos analisados.....	31

Lista de Quadros

Quadro 1. Objetivos dos artigos pesquisados	32
Quadro 2. Resultados dos artigos pesquisados	33

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e a instalação da RAPS	15
1.2 Drogas, gênero e sociedade	18
1.3 A questão do uso abusivo das drogas e as Políticas Públicas.....	22
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Geral.....	26
3.2 Específicos.....	26
4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
APÊNDICE ÚNICO	42

1 INTRODUÇÃO

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade, contudo o modo de vê-la foi se modificando, juntamente com as formas de se lidar com ela. Em 2019, segundo o Relatório de Inspeção de Hospitais Psiquiátricos organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2020), somam-se 40 hospitais psiquiátricos, localizados em 17 estados brasileiros que ainda funcionam a partir de uma lógica manicomial, aprisionando as vidas e as subjetividades dos considerados loucos. Segundo Foucault (1972) em *A História da Loucura*, o ano de 1656 foi marcado pelo surgimento de instituições que posteriormente tornaram-se as instituições psiquiátricas conhecidas hoje, muito embora de início não necessariamente se preocupavam em tratar as desordens mentais.

Isso porque, após um período do surto de lepra que havia sido superado, sobraram espaços construídos para o tratamento dos doentes, e em 1656 foi decretada a fundação em Paris do Hospital Geral, inaugurando assim um novo regime institucional voltado para determinadas figuras da sociedade (Foucault, 1972). Para este estabelecimento eram levados os inválidos, os pobres, aqueles que vão por vontade própria ou mandados por autoridades da época. Sua função a princípio não tinha o caráter médico, era uma entidade administrativa que, ao lado de outros poderes, decidia sobre a vida das pessoas, julgava e executava (Foucault, 1972). Era o Grande Dispensário do Reino.

A Igreja não ficou de fora e também se engaja nessa “assistência” aos pobres, junto com a burguesia que tinha o dever da caridade e a vontade de punir. As instituições não perdem o caráter de isolamento que os leprosários tinham - por ser a lepra uma doença contagiosa -, agregando a esse isolamento significações políticas, sociais, econômicas e morais (Foucault, 1972).

As casas de internação ganharam fama em toda a Europa, e na Inglaterra o sentido dado para elas era a “punição dos vagabundos e alívio dos pobres” (Foucault, 1972, p. 61), unindo entre os mesmos muros os condenados, os jovens que perturbavam as suas famílias, os vagabundos, os mentirosos, os bêbados e os insanos. Essa prática de internamento trouxe inúmeras significações à miséria (inclusive a vontade de castigá-la e suprimi-la), que por toda a Idade Média não tinha sido reconhecida. O homem que não pode responder por sua própria existência, nas palavras de Foucault. O ritual do internamento também explica em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pelas eras que se sucederam (Foucault, 1972).

Se na Idade Média o miserável, o louco andava sem rumo pelos espaços das cidades, agora eles perturbam a ordem social se tornando um problema de segurança pública. E o internamento

foi a solução. Antes de se tornarem instituições médicas, as internações não tinham nenhuma preocupação com a cura, e sim em combater a mendicância e a ociosidade, consideradas as fontes de todas as desordens sociais e econômicas. O trabalho foi a principal ferramenta de enfrentamento da vadiagem dentro dessas instituições, como forma de punição, trabalho esse que, quando não era usado de mão de obra barata, não tinha sentido nenhum, não resultava em nada (Foucault, 1972).

Entre os séculos XVII e XVIII, isto é, no período da chamada Grande Internação, proliferaram pela Europa instituições que tratavam os ditos loucos no bojo dessa nova ordem. As condições de vida e os tratamentos eram desumanos, sendo justificados com argumentos de ordem moral, de higiene social e disciplina dos corpos (Figueirêdo, Delevatti e Tavares, 2014). Ainda, paulatinamente, nasce um tipo tratamento e olhar sobre a loucura realizada pela medicina inserida nesse contexto de segregação social (Foucault, 1972).

Apenas em 1801, surge a psiquiatria como especialidade médica com o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental elaborado por Pinel que, segundo Figueirêdo et al. (2014), traz o doente mental para dentro do manicômio com o objetivo de fazer observações sistemáticas e rigorosas sobre a evolução da doença e as transformações que aconteciam com o paciente. A loucura passa a ser saber exclusivo do médico, e o mau uso das práticas de Pinel contribuiu para reafirmar o manicômio como instrumento de segregação social. Desta forma, Ramminger (2002) afirma que a função mais antiga dos manicômios era a “de recolher os loucos, junto com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos” (p. 113).

Essas instituições ganharam força e dominaram toda a Europa que aceitava os abusos e maus tratos sob a ideia que seria um mal necessário. No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi no Rio de Janeiro em 1852, o Hospício D. Pedro II, que funcionava sob uma lógica higienista (Figueirêdo et al., 2014). Este tipo de instituição pública se expandiu pelo país e internou grupos cada vez maiores da população, até o ano de 1965 quando se iniciou uma política de redistribuição para instituições privadas, expandindo a rede de hospitais privados marcadamente manicomiais (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Concomitantemente ao nascimento do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, surgia no mundo um movimento eugenista, que segundo Maciel (1999), era um conjunto de ideias e práticas que buscavam o aprimoramento da raça humana por meio de estudos científicos sobre a hereditariedade, utilizando critérios racistas e discriminatórios que categorizavam as pessoas em superiores e inferiores. Para tal, precisaria extinguir as pessoas com determinadas enfermidades ou com características indesejáveis, evitando assim a reprodução delas e consequentemente a

degeneração da raça humana. Desembarcada da Europa, essa absurda lógica eugenista - bastante presente na ciência e na medicina da época - pretendia “evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam com lugar de destaque os viciados e bêbados” (Carneiro, 2002, p. 4)

O projeto eugenista e higienista de modernização ganha força no Brasil no final do século XIX e início do século XX. Na capital do Rio de Janeiro, por exemplo, como nos conta Vaz (1994), esse período relaciona-se intensamente com o processo de mudança de ordem econômica, arquitetônica, social, política, cultural e espacial no contexto da abolição da escravidão e de administração da cidade, incidindo assim sobre a população urbana de pessoas pretas e mestiças. Longe de uma reparação histórica, necessária diante dos horrores de séculos de escravização, essa população subalternizada e racializada socialmente, sem condições dignas de moradia e direitos básicos, se agrupava em minúsculos quartos ou casas enfileiradas, que dividiam espaços em comum como banheiro e lavanderia. Era o tempo dos cortiços, que se alastraram pela sede do império português no país, mas logo detectada pelo poder público as condições das moradias, foram condenadas a desaparecer sob a alegação de sua insalubridade. O início da primeira República foi marcado pela reurbanização do Rio de Janeiro, assim segundo Vaz (1994), os antigos moradores dos cortiços não tinham condições de arcar com os custos das novas instalações, então o processo de melhoramento das moradias trouxe também a substituição de seus moradores.

Inspirados pela urbanização parisiense, e também motivados pela valorização imobiliária que crescia na cidade, principalmente em pontos mais movimentados, o governo carioca trabalhou por um embelezamento da cidade centrado nos pontos sanitários, urbanísticos e de circulação. E nesse momento houveram muitas demolições de cortiços que ainda restavam, habitações coletivas e até casas velhas, para dar espaço a uma cidade mais bonita e limpa. Exemplo disso, foi em 1893 a ocupação pela polícia e a demolição pelo poder público local do mais célebre e maior cortiço da cidade, conhecido como Cabeça de Porco (Queiroz Filho, 2011). Os antigos moradores dessas habitações foram segregados, separando-se assim da parte “rica” da cidade. Agora eles não mais se agrupavam em construções e prédios, caso dos cortiços, e foram forçados a habitar as áreas de morros e encostas, onde não chegava água encanada, muito menos transporte público. Era o início das favelas na cidade (Vaz, 1994).

Junto com esse projeto de modernização, também o reflexo dos movimentos higienista e eugenista podia ser visto nas instituições psiquiátricas, que internavam o mesmo perfil de pessoas que viviam nas favelas ou cortiços e eram consideradas inferiores. Os manicômios brasileiros

tinham características como a superlotação, os maus tratos, com condições de vida tão más ou piores que a vida nos piores presídios.

Segundo Paulin e Turato (2004), em 1941 havia no Brasil 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados, porém o número de leitos psiquiátricos nas instituições públicas correspondia a 80,7% enquanto que nas privadas somavam 19,3%. Em 1961, 20 anos depois, já haviam 135 hospitais psiquiátricos, 54 públicos e 81 privados. Comparando os anos de 1941 e 1961, observou-se então um aumento de 24,9% dos leitos particulares em detrimento de uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos.

Após o ano de 1964 e o golpe militar, quando o Estado começou a intervir ativamente nas estratégias para acumulação capitalista, abrindo espaço para o crescimento das instituições de iniciativa privada, houve uma expansão alarmante do número de leitos em instituições privadas, que em 1981, comparando com os dados de 1961, já eram responsáveis por 70,6% dos leitos enquanto que hospitais públicos tinham 24,4% (Paulin & Turato, 2004).

Esse processo de privatização dos hospitais psiquiátricos se deu principalmente porque o governo tinha um plano de convênio com os hospitais particulares para atender a população previdenciária, fazendo com que se expandisse. O processo de privatização dos hospitais psiquiátricos brasileiros caracterizou-se por uma das épocas mais sombrias da história manicomial no país, acompanhado do crescimento acelerado da população hospitalizada, fazendo com que o período fosse chamado de “indústria da loucura”¹. Só nos anos de 1965 a 1968 o crescimento no número de pessoas internadas aumentou 20%, 60% deles nas instituições particulares (Paulin & Turato, 2004).

1.1 Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e a instalação da RAPS

Nos anos 70 inicia-se no Brasil o movimento de Reforma Psiquiátrica, que, segundo Devera e Costa-Rosa (2007), instalou no país um processo histórico de formulação crítica e prática que questionava as formas de tratamentos asilares, e não aceitavam que a vida das pessoas fosse tratada com tanta violência e exclusão da sociedade. Num contexto de Ditadura Militar, de crise econômica e social, emergem movimentos que exigiam a reformulação da Atenção em Saúde

¹ Para saber mais, ler o livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex

Mental, encabeçados principalmente por trabalhadores do setor, sensibilizados pelas condições precárias de vida dentro das instituições psiquiátricas.

Em 1978 ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. O evento marcou como o primeiro encontro ao vivo com importantes nomes da Saúde Mental num âmbito latino-americano e europeu, como Franco Basaglia, Gregório Barenblitt e Félix Guattari, o que inspirou o movimento brasileiro com práticas e teorias (Devera & Costa-Rosa, 2007).

No final dos anos 70 e início dos anos 80, a Reforma Psiquiátrica ganha visibilidade e passa a ser animado por uma geração de trabalhadores que começam a ingressar nas instituições asilares. Farias e Otsuka (2019) trazem um trecho do primeiro manifesto antimanicomial brasileiro, produzido num encontro de trabalhadores da saúde mental em 1987 na cidade de Bauru. Na carta diz:

“Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos” (apud Farias & Otsuka, 2019, p. 14).

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica emergir, as justificativas dadas para as internações compulsórias nas instituições de saúde mental traziam a inutilidade e a periculosidade como pauta. A Reforma Psiquiátrica então se encarrega de desconstruir essa cultura da internação e vai na contramão dela buscando sempre a reinserção social dos indivíduos historicamente segregados, instituindo serviços substitutivos aos manicômios e descentralizados.

A lei 10.216/2001, lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, proposta pelo então deputado Paulo Delgado, trouxe um grande avanço no que diz respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais, utilizando estratégias para tirar o foco do tratamento do espaço hospitalar e trazendo-o para todo o espaço da comunidade, com tratamentos humanos e respeitando a vontade dos sujeitos, reinserindo-os de forma integralizada, estimulando sua autonomia e empoderamento. Criou dispositivos de cuidado que formam uma rede de apoio ao portador de sofrimento mental e posteriormente aos indivíduos em sofrimento decorrente do abuso de substâncias.

Em 2002 a Portaria nº 336 tipificou as modalidades de CAPS, isto é, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II. Eles realizam as mesmas funções no atendimento público em saúde mental, com algumas distinções de acordo com o porte, abrangência e complexidade do

público atendido. Os CAPS devem ser completamente independentes de qualquer estrutura hospitalar, ainda que compartilhem da mesma estrutura física. Devem estar capacitados a atender demandas de transtornos mentais graves e persistentes, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Funciona sob uma perspectiva interdisciplinar, com uma equipe multiprofissional, de portas abertas, a depender da modalidade com regime de 24 horas. Os CAPSad II trabalham com as demandas de transtornos mentais também ocasionados pelo abuso de álcool e outras drogas e os CAPSi II com o público infantojuvenil.

Somente em 23 de dezembro de 2011 fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, de acordo com a Portaria nº 3.088, que tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à pessoas em sofrimento psíquico, também decorrentes do abuso de substâncias psicoativas. Vem como ferramenta para estimular a autonomia e liberdade, com ações ligadas ao território, que promova a reinserção social combatendo preconceitos e estigmas.

A RAPS constitui-se nos seguintes segmentos: na atenção básica, na atenção psicossocial especializada, na atenção de urgência e emergência, na atenção residencial de caráter transitório, na atenção hospitalar, nas estratégias de desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial. Com tarefas desenvolvidas em diversos serviços dentro desta rede, que se articulam buscando cuidar dos sujeitos em sua integralidade, para que sejam cada vez menos institucionalizados e proporcionalmente ganhem autonomia sobre suas vidas e escolhas. No âmbito da RAPS, os CAPS continuam ocupando lugar de destaque, inclusive sobre o aspecto de ordenador do cuidado nas realidades locais (*Portaria nº 3.088, 2011*).

O cenário começa a mudar para as pessoas em sofrimento psíquico, mas não todas. Por muito tempo não houve distinção no tratamento dos doentes mentais que não haviam cometido crimes dos que o haviam cometido. Então, com avanços nas práticas médicas, se modificou o conceito de loucura e sua relação com a periculosidade, constituindo o caráter do inimputável. A responsabilidade dos crimes passou a ser medida de acordo com a sanidade da pessoa e também sua periculosidade. A pessoa louca-infratora era considerada doente e a intervenção passou a ser feita pelo Estado e também pelo médico (Carvalho, 2018).

A luta pelo cuidado em liberdade não é uma tarefa fácil principalmente para o segmento que não consegue se distanciar da antiga visão do louco perigoso, como é o caso dos loucos-infratores que, diferentemente daqueles que não cometeram crimes, são levados para Hospitais de

Custódia e Tratamento Judiciário (quando há no estado), submetidos a medidas de segurança - para preservar a ordem social, prende o indivíduo antes que cometa mais um crime - que acabam por se traduzir em prisão perpétua já que esse segmento é muito difícil de ser desinstitucionalizado (Leopoldo & Rosa, 2019). Então, o louco que não pode ser responsabilizado pelo seu crime ainda assim sofre privação de liberdade.

Segundo Leopoldo e Rosa (2019), a partir da implementação da lei 10.216/2001, foi proibida a criação de novos hospitais de custódia e foram reconhecidos direitos aos que estavam cumprindo medidas de segurança. Em 2002 foi determinado que o Sistema Único de Saúde seria responsável pelo cuidado de pessoas acometidas por transtornos em conflito com a lei.

No primeiro censo relacionado a essa população, feito apenas em 2011, os dados mostraram que 93% dos internos em manicômios judiciais eram homens, e somente 7% do total representava o número de mulheres internadas. Ao analisar os crimes cometidos, os homens no geral respondiam por crimes contra pessoas da sua rede familiar ou doméstica, enquanto que as mulheres tinham cometido crimes contra seus parceiros íntimos, quando vítimas de violência doméstica, e crimes relacionados à sua sexualidade, ao seu corpo, e principalmente ao seu papel de mãe (Leopoldo & Rosa, 2019).

Além da privação de liberdade, as mulheres que cumprem medidas de segurança sofrem com estigmas que dizem respeito ao seu papel como mulher na sociedade. Uma consequência das correntes eugenista e higienista que cresceram simultaneamente ao processo de institucionalização da loucura no Brasil, e que estabeleceram padrões morais pré-estabelecidos sobre o corpo da mulher, sua maneira de se relacionar conjugalmente e de criar seus filhos (Leopoldo & Rosa, 2019).

1.2 Drogas, gênero e sociedade

Na sociedade ocidental, a maioria das drogas ilícitas são discriminadas pelos olhos morais das pessoas, que massacram os usuários. A gravidade do problema do uso abusivo de substâncias na saúde da população por muito tempo foi negligenciada no Brasil e quando discutida, levada apenas para o viés recriminatório das drogas ilícitas. O Relatório Brasileiro sobre Drogas, organizado por Duarte, Stempliuk e Barroso (2009) traz uma pesquisa realizada entre os anos de 2001 e 2007 em algumas cidades de todos os estados brasileiros, mostrando que a droga que tem mais mortes diretamente ligadas ao seu uso é o álcool, com 90% das mortes relacionadas ao uso

de substâncias psicoativas. Também traz um número relevante como causa de internações, afastamento do trabalho e aposentadoria.

O uso de substâncias é visto como uma prática masculina, o que por consequência faz com que as mulheres sejam um alvo de maior intolerância e preconceito quando usuárias, por toda uma questão social de papéis pré-estabelecidos. O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte et al., 2009) também mostra que apesar do uso de drogas ser majoritariamente masculino no geral, quando se trata do uso de medicamentos sem prescrição médica, as mulheres são as que mais fazem o uso - de estimulantes, orexígenos e principalmente benzodiazepínicos - em todas as faixas etárias da pesquisa.

Os benzodiazepínicos são medicamentos prescritos para transtornos de ansiedade, distúrbios do sono, controle de convulsões e abstinência de alcoolismo, apresentando efeito de relaxamento muscular, sedação, hipnose e redução da ansiedade. O seu uso irregular provoca dependência da substância e, em casos de alta dosagem, a morte. (Pontes & Silveira, 2017). Um estudo feito pela PUC-SP em 2008 mostrou que 13,14% das frequentadoras faziam o uso de psicotrópicos, principalmente pela queixa de insônia, faziam o uso há mais de seis meses, geralmente prescrito pelo clínico geral, com histórico de tentativa de interrupção do uso sem sucesso (Gabriel, 2016).

O uso indiscriminado de psicotrópicos pelas mulheres pode ser pensado pelos seguintes pontos: segundo Carrilho, Silveira, Martins e Dantas (2015), as mulheres são mais propensas ao adoecimento psíquico pois historicamente são subjugadas pelo gênero masculino; também há uma sobrecarga de funções envolvendo a mulher, que conquistou seu espaço no mercado de trabalho mas não deixou de desempenhar o papel de mãe e de cuidadora do lar; e por questões também de cunho pessoal e relacionadas ao seus desejos.

Os avanços no campo da Psiquiatria também contribuíram para a normalização do consumo de medicamentos quando reduzindo o sofrimento psíquico a causas orgânicas, expandiu a função do fármaco do tratamento da loucura para o tratamento de qualquer emoção indesejada vivida pelos indivíduos no cotidiano, além de medicalizar também os comportamentos que fogem à regra do socialmente aceito. Junto com interesses capitalistas, que objetiva acumular capital vendendo uma solução irreal para questões emocionais (Carrilho et. al., 2015).

É contraditório pensar que a sociedade que influencia o uso de drogas por uma parte da população para manter a ordem social é a mesma sociedade que mata ou encarcera diariamente homens e mulheres que fazem o uso e/ou traficam drogas ilícitas também em nome dessa mesma

ordem social. Por enquanto algumas mulheres estão medicalizadas por não reproduzirem comportamentos socialmente femininos, outras têm uma realidade diferente.

As prisões associadas ao tráfico de drogas, assim como o uso destas, sempre foi uma questão masculina na sociedade, fato que vem mudando ao longo dos anos. Segundo Vasone e Santana (2017), mesmo que a grande população carcerária seja composta por homens, o aumento no número de mulheres detentas tem crescido mais rapidamente, precisamente o aumento foi de 567% para as mulheres, enquanto que para os homens foi de 130% num intervalo de 15 anos. Esse aumento no número de mulheres presas se dá principalmente pelo tráfico de drogas, e o perfil das mulheres apreendidas é de mulheres negras (67% do total), jovens (18 a 30 anos), pouca escolaridade, com filhos para criar ou idosos para cuidar e desempregadas.

Segundo Lima e Miranda (2019), o papel realizado pelas mulheres no tráfico é de coadjuvante, como “mulas” transportando a droga no próprio corpo muitas vezes, e como vendedoras das mesmas, sendo ora coagidas por companheiros ou parentes traficantes, ora para conseguir ganhar dinheiro, resultado da pobreza, da escassez de políticas públicas que prestem assistência à essas mulheres e do crescente número de mulheres responsáveis pelo sustento da família. A punição é mais severa quando é a mulher na cena do tráfico pois essa é uma atividade masculina e as mulheres nessa posição perdem a imagem de subordinadas e de cuidadoras.

Nas prisões, além de serem privadas de liberdade, são proibidas de ver e cuidar de seus filhos e submetidas à péssimas condições de vida, correndo perigo de morte, principalmente quando estão grávidas, podendo passar por situações como ser algemadas na hora do parto, dar à luz no camburão ou no próprio presídio. A seletividade do encarceramento feminino se dá justamente pela extrema vulnerabilidade em que algumas mulheres se encontram (Boiteux, 2016).

Nesse sentido, podemos considerar que a guerra às drogas que mata e encarcera mulheres também as estigmatiza concretizando um projeto de exclusão social ancorado no gênero e na raça. Pela trilha desse pensamento, uma das consequências sociais dessa estigmatização seria o afastamento das mulheres usuárias de drogas dos serviços de saúde, em especial nas situações de mulheres grávidas usuárias de cocaína e/ou crack, uma população que precisa de cuidados especiais no período pré-natal.

As mulheres que fazem o uso dessas drogas e engravidam evitam procurar os serviços de assistência pré-natal por medo de perderem seus filhos como ocorre em alguns casos quando o bebê é tirado da mãe na justificativa de receber cuidado e proteção. Também podem perder seus companheiros, que na maioria das vezes também é usuário de substâncias. E o que faz com que

elas demorem mais tempo para procurar os serviços é o medo de serem institucionalizadas (Ventura et al., 2020).

Um estudo realizado por Ventura et al. (2020) no ano de 2018, em um hospital do sul do Brasil, mostrou que a maioria das mulheres usuárias de crack tem laços familiares fragilizados, algumas chegam ao serviço sozinhas e ficam sozinhas no hospital, outras quando vão acompanhadas por algum familiar é a mãe ou irmã, algumas vão com cafetões, clientes, amigos ou o próprio companheiro, a grande maioria apresenta familiares também envolvidos com drogas e não recebem o apoio necessário das famílias para cuidar delas e de seus bebês antes e depois do nascimento.

Outro estudo feito por Wronski et al. (2016), que entrevistou três mulheres que fizeram o uso de crack durante o período gestacional e estavam em tratamento em um Caps Ad III no ano de 2014, obteve relatos de furtos, empréstimos, prostituição e venda de seus pertences para conseguir comprar a droga; as três afirmaram o desejo de ser mãe, mas apenas uma contou que foi uma gravidez planejada; elas mostraram reprovação - se preocupavam pela saúde do bebê - quando indagadas sobre o uso de crack na gravidez e ao mesmo tempo uma falta de controle sobre o uso; todas reconheceram a importância da rede social de apoio, por parte dos serviços, da família, da igreja e até dos outros frequentadores do CAPSad em que se tratavam, para ajudar a lidar com a situação em que estavam.

O julgamento moral da sociedade divide-a entre o que se considera normal e o que se considera anormal. O uso de substâncias é uma prática considerada anormal, e todos os usuários como o sendo também. São pessoas que, por estarem fora do padrão esperado, são consideradas perigosas para o funcionamento desejável da sociedade, se tornando uma categoria carregada de conceitos prévios negativos, fazendo com que o próprio usuário sinta-se errado, indesejável e reconhecendo ele próprio pelo termo “drogado” (Caldeira, 2019).

Em especial as mulheres que são mães e usuárias de crack, atravessadas pelas normas que regem a todos da sociedade sentem culpa, desamparo e constrangimento por não atender as expectativas de uma “boa mãe”. Sentem-se loucas, irresponsáveis, doentes e incapazes de cuidar de si e de seus filhos, e o julgamento social sobre estas mulheres é duplamente mais duro tendo em vista todos esses preconceitos já ditos (Caldeira, 2019). O cuidado a essas mulheres deve ser pensado levando em consideração seus aspectos psicológicos e sociais, sendo o racismo e a discriminação os principais motivos do afastamento delas do cuidado pré-natal. O apoio familiar e o olhar e despido de julgamento moral é indispensável no cuidado a essas mulheres e seus filhos.

1.3 A questão do uso abusivo das drogas e as Políticas Públicas

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial trilharam um importante caminho no que diz respeito ao cuidado com o outro em sofrimento psíquico e confrontou a “indústria da loucura” que tinha uma finalidade clínica questionável e era movida por interesses capitalistas. A crítica que o Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2013) faz aos movimentos no Brasil se dá no tocante à focalização nos portadores de transtornos mentais graves e no negligenciamento do sofrimento psíquico advindo do uso abusivo de substâncias, sendo este um perfil muito comum entre os internos em instituições asilares. Produziu-se durante toda a história uma lacuna nas políticas públicas de Saúde Mental, que deixou a questão das drogas para a justiça, a segurança pública e até associações religiosas. Disso resultou que o problema de drogas por muito tempo foi sendo tratada por uma perspectiva psiquiátrica ou ainda religiosa que objetivavam apenas a total abstinência.

O CFP (2013) ainda afirma que apenas no ano de 2002 que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo que o problema de drogas é um problema de saúde pública e produzindo políticas públicas dentro da Saúde Mental para aqueles sujeitos. O cuidado com o usuário de substâncias então sai de uma perspectiva da abstinência e passa para uma perspectiva de Redução de Danos em 2003.

A Redução de Danos é uma ferramenta que possibilita a promoção de qualidade de vida e saúde mental aos usuários de drogas, respeitando as singularidades e as diferentes formas de estar no mundo e de se relacionar com as substâncias, e por isso não aceita uma única forma de cuidar e orientar usuários e profissionais que atuam na temática do uso de drogas. Tem como premissa básica a não centralidade na substância o que permite ver o sujeito para além da droga que ele faz o uso, considerando o sujeito como capaz de administrar o uso à sua maneira, fazendo o trabalho de informar o usuário criando condições deste desenvolver autonomia e autocuidado (Prado & Otsuka, 2019).

No Brasil, as práticas de RD nascem na cidade de Santos, estado de São Paulo, que tentou implementar esta estratégia pela primeira vez no ano de 1989, num contexto de epidemia do HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis. Por ser uma cidade turística e possuir o maior porto da América Latina, além de fazer parte da rota internacional de drogas, Santos teve um grande número de pessoas infectadas rapidamente. Porém não obteve sucesso nas primeiras

tentativas de implementar a RD por falta de apoio legislativo, que entendia a distribuição de insumos para a injeção segura como um favorecimento ao uso (Rodrigues, 2019).

Em 1995, a Universidade Federal da Bahia conseguiu implantar integralmente o Programa de Redução de Danos, distribuindo diversos insumos para drogas injetáveis. Apenas em 1997, 8 anos após a primeira tentativa, Santos consegue implementar um projeto de RD sediado pela Secretaria Municipal de Saúde. Em 1998 ocorreu em São Paulo a 9ª Conferência Internacional de Redução de Danos, um importante marco dessa prática no Brasil. Em 1999, o kit completo de RD para usuários de drogas injetáveis contava com seringas com agulhas, garrote, lencinhos umedecidos com álcool para limpeza do local de aplicação, água destilada, um recipiente para diluição da droga, preservativos e gel lubrificante, além de materiais educativos (Rodrigues, 2019).

Segundo Farias e Otsuka (2019), foi apenas a partir de 2003 que as práticas de Redução de Danos deixam de ser uma prática exclusiva dos Programas de DST/Aids e se torna uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e da política de Saúde Mental, resultando numa diversificação das práticas em promoção de saúde de populações usuárias de drogas.

A RD é aliada à Luta Antimanicomial, à Reforma Psiquiátrica e a seus princípios e assim defende o cuidado em liberdade, sendo que as boas práticas incluem uma abordagem de baixa exigência, estratégias para ir até onde as pessoas estão e não esperar que elas venham até o serviço, o desenvolvimento de materiais com informações feitas com base nas demandas de pessoas que usam drogas estimulantes, oferta de cuidados extramuros para pessoas que não podem ou não querem se locomover até os espaços fixos, envolvimento de pares como parte das equipes e a garantia que as pessoas tenham acesso a outros serviços tão importantes quanto aquele (Araújo, 2019).

A dificuldade de implementação da Redução de Danos se deu por uma questão diretamente ligada ao racismo institucional de como a questão das drogas surge em algumas sociedades. No caso do Brasil, a primeira droga proibida foi a cannabis, no Rio de Janeiro de 1830, pois o uso era considerado um costume dos povos negros e a proibição foi uma forma de criminalizar essa população (Farias & Otsuka, 2019).

Um importante personagem na história da Guerra às Drogas foi o político brasileiro José Rodrigues Dória que, em 1915, participou do Segundo Congresso Científico Pan-Americano em Washington corroborando com argumentos que foram usados posteriormente para a proibição de drogas a nível mundial. Logo após surge nos Estados Unidos a sustentação ideológica que o mundo

precisava para a proibição de drogas, com o movimento proibicionista, que tinha como principal bandeira a proibição do uso, fabricação e venda de bebidas alcoólicas. Em 1920 foi promulgada a Lei Seca trazendo consequências para o país, como o aumento da criminalidade e da violência (Farias & Otsuka, 2019).

Seguindo em especial a política estadunidense, no Brasil em 1921 foi promulgada uma lei que ampliava o controle público sobre o álcool, principalmente a aguardente que era “sinal de degradação do negro”. O uso de cerveja e vinho era respeitado por serem mais utilizados pelos ricos, como também a cocaína e a morfina. A Psiquiatria irá se dedicar a essa questão a partir do final do século XIX e início do século XX, mas os anos de 1960 são decisivos para a difusão no mundo do modelo biomédico sobre o uso de substâncias e na difusão da noção de dependência, com a Convenção Única sobre Estupefacientes organizada pela ONU, em Nova Iorque, que discutiu a noção de que usuários de álcool e outras substâncias não eram delinquentes, e sim doentes (David, Marques, & Silva, 2019).

Ainda segundo David et al. (2019), o Brasil acompanha essa tendência mundial, e no período de Ditadura Militar promulgam leis, como a Lei dos Tóxicos, que promovem ações de repressão ao uso e tráfico de drogas, já trazendo essa noção de vício como doença diferenciando-se do crime, com a proposta de internação hospitalar para os usuários de drogas - que doentes, cometeriam crimes para manter seu vício - como alternativa às prisões convencionais.

Quando promulgada a Lei dos Tóxicos, já existia nos Estados Unidos a chamada *war on drugs*, declarada pelo presidente Richard Nixon, em 1971. Essa guerra nasceu da divisão do mundo entre países produtores e consumidores de drogas, e com ela os EUA declararam apoio financeiro e de treinamento para militarizar o combate às drogas no mundo todo e como resultado o tráfico de drogas se transformou numa questão de segurança internacional (Rodrigues, 2012).

No Brasil leis desse teor vigoram por 30 anos, até 2006, o ano em que uma nova lei sobre drogas entra em vigor, trazendo inovações na abordagem dos usuários, a diferenciação do porte para consumo próprio e o tráfico, substituindo a pena de prisão para usuários que passaram a cumprir medidas socioeducativas. Tal lei não efetivou a descriminalização e não perdeu o viés punitivo (David et al., 2019). Ela abriu uma brecha para que a seletividade punitiva ocorresse, pois não definiu a quantidade de drogas que difere o usuário do traficante, que ficou a cargo dos delegados decidirem. Resultou num enorme aumento do número de prisões de pessoas por crimes associados ao tráfico. (Rodrigues, 2012)

As pessoas presas por tráfico, ou internadas em Comunidades Terapêuticas, ou em Manicômios Judiciários, ou desamparadas nas crackolândias pelo Brasil fazem parte de uma mesma população - com semelhanças sociais e de cor da pele - e orbitam por todas essas instituições para sanar o problema do uso de drogas. São pessoas em vulnerabilidade que necessitam da assistência e proteção do Estado e não sua punição. A guerra às drogas não assiste e não protege, opera contribuindo com a necropolítica executada como um projeto. A guerra é realmente contra as drogas?

2 JUSTIFICATIVA

O uso de substâncias psicoativas é historicamente um assunto estudado numa perspectiva que não considera o sujeito que se droga em sua complexidade, sendo hegemônico o estudo de aspectos biológicos enquanto que os aspectos sociais são esquecidos pela maioria dos estudiosos. Há uma necessidade de superar essa perspectiva pra assim compreender o fenômeno das drogas por uma perspectiva ampliada que engloba aspectos psicológicos, sociais e biológicos, de forma interligada, como propulsores do uso abusivo de drogas (Alves & Rosa, 2016).

Como aponta Oliveira, Paiva e Valente (2007), de fato por muito tempo a maioria das pessoas usuárias de substâncias eram homens, porém a diferença entre o número de homens e mulheres que consomem drogas está cada vez menor. Consequentemente, a necessidade de pensar o cuidado em relação às mulheres usuárias de drogas, respeitando suas especificidades biológicas, culturais, sociais e pessoais se faz cada vez mais latente.

Os dados do Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte et al., 2009) apontam para um abuso de medicamentos benzodiazepínicos pelas mulheres na atualidade, o que difere no contexto do uso de outras drogas pela mesma população, exceto dos orexígenos e dos estimulantes. O abuso no consumo desses medicamentos, que são muitas vezes prescritos pelos médicos, causa uma série de efeitos colaterais perigosos a curto e longo prazo, dentre eles a dependência química, o que traz à tona o questionamento da verdadeira necessidade da predominância do tratamento medicamentoso em relação a outros tipos de tratamentos.

Essa discussão carrega pontos importantes sobre a posição social da mulher na atualidade e também volta o olhar para a qualidade de vida dessas pessoas. Não olhar para essa problemática é descontinuar o trabalho que a Luta Antimanicomial começa, de soltar das correntes - físicas e químicas - as pessoas em sofrimento mental e em abuso de substâncias.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Realizar uma revisão sistemática de literatura acerca do uso de benzodiazepínicos por parte do gênero feminino no contexto da RAPS.

3.2 Específicos

- Realizar um levantamento bibliográfico sobre o uso de benzodiazepínicos por parte do gênero feminino no contexto da RAPS;
- Investigar na bibliografia disponível estudos acerca do uso indevido de medicamentos benzodiazepínicos relacionado ao gênero feminino.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa, foi utilizada a revisão sistemática de literatura que se caracteriza por ser uma metodologia rigorosa que se propõe a identificar estudos sobre o tema em questão, avaliar criticamente a qualidade e a validade destes, fazendo uma síntese de múltiplos estudos primários. Objetivando responder uma pergunta feita de forma clara, utiliza métodos sistemáticos e explícitos para selecionar pesquisas relevantes, e então analisar seus dados (Cordeiro, Oliveira, Rentería, & Guimarães, 2007).

Segundo a Colaboração Cochrane (apud Rother, 2007), os passos que devem ser seguidos nesse tipo de revisão são: a) formulação da pergunta; b) localização dos estudos; c) avaliação crítica dos estudos; d) coleta de dados; e) análise e apresentação dos dados; f) interpretação dos dados e; g) aprimoramento e atualização da revisão.

Seguindo tais passos, o primeiro a ser realizado é a elaboração da pergunta. Para o presente estudo, a pergunta norteadora é “o que leva tantas mulheres ao abuso de benzodiazepínicos?” Para responder esta pergunta, precisou-se realizar o segundo passo sugerido.

A busca pelos estudos foi feita nos bancos de dados digitais Scielo², Pepsic³, Indexpsi⁴, Lilacs⁵ e nos periódicos Capes⁶. As plataformas Pepsic e Indexpsi trazem estudos apenas do campo da Psicologia enquanto as demais também trazem estudos de outras áreas do conhecimento. Os descritores utilizados para a pesquisa foram “mulheres” e “benzodiazepínicos”, utilizando o termo “and” entre os descritores para encontrar estudos que os relacionem.

Para a avaliação crítica dos estudos e escolha dos mesmos, os critérios metodológicos utilizados foram: 1) em formato de artigo científico indexado; 2) relacionar mulheres e o uso de benzodiazepínicos; 3) ser escrito em português. Foram considerados os artigos que continham os descritores em qualquer parte do texto, seja no título, no resumo, nas palavras-chave ou no corpo do texto.

Para a coleta dos dados e escolha final da bibliografia a ser utilizada, foram lidos os artigos resultantes das bases de dados após a aplicação dos filtros escolhidos para a pesquisa, primeiramente o título, depois o resumo e então o texto na íntegra. A análise, apresentação e interpretação dos dados são realizadas na próxima sessão.

O aprimoramento e atualização da revisão ocorre após a publicação, quando existirem críticas que devem ser levadas em consideração para manutenção do conhecimento sobre o tema, fazendo com que seja uma pesquisa dinâmica e que estimule cada vez mais o surgimento de novos estudos (Rother, 2007).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder à questão que este estudo levanta, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados, utilizando os descritores “mulheres” e “benzodiazepínicos” com o termo *and* entre eles, foram obtidos os resultados presentes na Tabela 1. Os dados da tabela mostram o número de artigos que trazem a temática do uso de benzodiazepínicos relacionado às mulheres.

Tabela 1 - Localização dos estudos a partir da pesquisa dos descritores

Bases de dados	Resultados obtidos
----------------	--------------------

² <https://www.scielo.br/>

³ <http://pepsic.bvsalud.org/>

⁴ <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI>

⁵ <https://lilacs.bvsalud.org/>

⁶ <https://www-periodicos-capes-gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/>

Scielo	22
Pepsic	3
Lilacs	84
Indexpsi	1
Periódicos Capes	147
Total	257

Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira coluna estão listadas as bases de dados pesquisadas (Scielo, Pepsic, Lilacs, Indexpsi e Periódicos Capes), na segunda coluna estão mostrados seus respectivos resultados e na última linha se encontra a soma do número de resultados encontrados em cada base. Nesta primeira etapa da pesquisa objetivou-se buscar o número de trabalhos acerca da temática do abuso de benzodiazepínicos pelas mulheres, e o resultado total pode sugerir que este seja o número de trabalhos existentes. Ressalta-se que nesta fase não foi verificada a presença de um mesmo estudo em plataformas distintas. Da Tabela 1, realça-se as plataformas que apresentaram o maior número de trabalhos, os Periódicos Capes com 147 e o Lilacs com 84.

Como critério de seleção deste estudo, foram escolhidos os textos em Português e escritos em formato de artigo científico. Mediante aplicação de tais filtros nas bases de dados, os números de artigos que restaram estão descritos na Tabela 2, abaixo.

Tabela 2 - Resultantes da avaliação crítica dos estudos a partir da aplicação dos filtros

Bases de dados	Resultados obtidos
Scielo	11
Pepsic	2
Lilacs	39
Indexpsi	1
Periódicos Capes	72

Total	129
--------------	------------

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira coluna da Tabela 2 mostra as plataformas que foram realizadas as pesquisas (SciELO, Psyc, Lilacs, Indexpsi e Periódicos Capes), a segunda coluna mostra os resultados com a aplicação dos filtros e a última linha mostra a soma de todos os resultados encontrados. Ainda não foi realizada nessa etapa a checagem das possíveis duplicatas.

Apesar do uso do termo “and” entre os descritores para relacioná-los nos resultados obtidos, duas bases de dados não o consideraram (Lilacs e Periódicos Capes) e mostrou também artigos que tratavam das temáticas separadamente, assuntos que destoaram da lógica desta pesquisa. Esse fato justifica a grande quantidade de resultados encontrados nestas bases. Diante desta dificuldade encontrada na aplicação dos filtros e, portanto, a partir de um número considerável de artigos científicos encontrados, foi necessário o refinamento da seleção considerando o universo da pesquisa.

Como este estudo refere-se a uma revisão bibliográfica acerca do uso de benzodiazepínicos por mulheres no contexto do SUS e da RAPS, assim, a partir do material localizado, foi realizado: (a) a leitura dos títulos; (b) a leitura dos resumos. Após a realização desta tarefa, foram selecionados os artigos que constituíram o universo da pesquisa, números apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Escolha da bibliografia para coleta dos dados a partir da leitura dos textos

Bases de dados	Resultados obtidos
SciELO	6
Psyc	1
Lilacs	12
Indexpsi	1
Periódicos Capes	9
Total	29

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 3 é idêntica às duas primeiras, diferindo no número de resultados que foram considerados agora os artigos científicos escritos em Português relacionando o abuso de benzodiazepínicos ao público feminino no contexto do SUS e da RAPS, e foram excluídos aqueles que não condiziam com os objetivos deste estudo.

Então, realizada a escolha dos artigos, dos 29 artigos encontrados, agora eliminando os que estavam duplicados nas bases de dados e também aqueles cujos estudos não foram realizados na RAPS oferecida pelo SUS, que baixou o número de artigos para 10, os textos foram baixados para leitura completa. Na tabela 4, abaixo estão listados os anos em que foram publicados os artigos, sendo o mais antigo de 2005 e o mais recente de 2020.

Tabela 4 - Ano das publicações encontradas na pesquisa

Ano de publicação	Quantidade
2005	1
2008	1
2009	1
2014	1
2015	1
2017	1
2018	1
2019	2
2020	1
Total	10

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 4 estão expostos na primeira coluna os anos de publicação do estudo e na segunda coluna a quantidade de estudos naquele ano. Ao analisarmos os anos que foram publicados os estudos podemos perceber que tem uma diferença de 5 anos entre os estudos de

2009 e 2014, sendo as publicações de antes de 2009 feitas em 2008 e 2005, e a partir do ano de 2014 as publicações são feitas praticamente todos os anos, exceto em 2016, sendo dois estudos em 2019 e o último deles em 2020. Esse aumento na frequência dos estudos pode indicar que a área da saúde está direcionando seu olhar cada vez mais para as questões femininas, considerando as particularidades que perpassam essa condição de experienciar o mundo e as relações.

Tabela 5 - Distribuição geográfica dos estudos analisados

Estado de origem do estudo	Quantidade
Ceará	2
Pernambuco	1
São Paulo	5
Minas Gerais	2
Total	10

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando considerados os estados de origem dos estudos desta pesquisa, obtivemos os seguintes dados: os artigos selecionados foram produzidos em apenas duas regiões do Brasil, que são elas Sudeste e Nordeste. O estado com o maior número de trabalhos é o de São Paulo com 5, em seguida o Ceará e Minas Gerais ambos com 2 artigos, e por último o Pernambuco com 1. As filiações institucionais dos autores e coautores variam nos estados, sendo em São Paulo dezesseis autores/coautores vinculados a cinco instituições: PUC-SP, EERP-USP, FSP-USP, FMRP-USP e Uniso. Em Minas Gerais, temos dez autores vinculados à UFMG e à FAME. No Ceará, as seis filiações distribuem-se na UECE, UNICATÓLICA, Centro Universitário FAMETRO. No Rio Grande do Norte vemos um autor da UERN. E em Pernambuco quatro autores vinculados à UFPE, Prefeitura da cidade do Recife e FIOCRUZ-PE.

O grande número de trabalhos na região Sudeste condiz com a quantidade de cursos de Psicologia que a região oferece, que em 2016 somavam 268 cursos, equivalente a 42,81% dos cursos do Brasil. Em especial o estado de São Paulo, o estado que mais tem cursos de Psicologia no Brasil, em 2016 tinha 142 cursos, 22,68%. (Dantas, 2017)

O Quadro 1 abaixo lista os objetivos encontrados em cada artigo pesquisado. A ordem dos textos segue a que se encontra no Apêndice Único.

Quadro 1. Objetivos dos artigos pesquisados

1	Analisar o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos, considerando o modo como essa substância comparece nos discursos constituídos na abordagem do mal-estar na contemporaneidade.
2	Analisar, a partir da singularidade feminina, o abuso de drogas benzodiazepínicas e o papel do enfermeiro na assistência do sofrimento psíquico.
3	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos residentes em áreas adscritas à Unidade de Saúde da Família da cidade do Recife.
4	Identificar o perfil da usuária de benzodiazepínicos na atenção primária e as características de sua utilização.
5	Verificar a prevalência de uso de psicotrópicos nas áreas de abrangências de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Barbacena.
6	Estimar a prevalência do uso de BZD entre mulheres adultas de uma USF do interior de São Paulo e identificar os fatores de risco associados a esse uso.
7	Investigar a interação entre gênero, envelhecimento e consumo particularizado de calmantes (benzodiazepínicos), procurando entender como, dentro do processo de medicalização da sociedade, essa interação interfere nos modos de utilizar e nas concepções sobre os calmantes e como são (re)significados pelas consumidoras.
8	Mostrar a concepção das mulheres sobre benzodiazepínicos e a interação de fatores biológicos, sociais e culturais envolvidos na dependência desses medicamentos.
9	Comparar as prescrições de benzodiazepínicos (bzd) em adultos e idosos quanto aos indicadores do uso apropriado.
10	Identificar o perfil dos usuários e a prescrição de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma região de Minas Gerais.

Fonte: Elaborado pela autora.

De um modo geral, levando em consideração ou não a especificidade do público feminino, o que se percebe nos objetivos dos estudos analisados, descritos no Quadro 1, é a preocupação crescente no que toca a questão do abuso de benzodiazepínicos, assim como da alta prescrição dos

mesmos. Se coloca em pauta a real necessidade do artifício medicamentoso entre tantos outros tipos de tratamento para o sofrimento mental, visto que as consequências a longo prazo estão sendo cada vez mais visíveis numa sociedade cada vez mais medicada com tais psicotrópicos.

Mais especificamente no caso das mulheres, que consensualmente entre os estudos desta pesquisa são as maiores consumidoras de benzodiazepínicos no Brasil, para além da questão do excesso de prescrição e uso na maioria das vezes irregular, se questiona também fatores sociais e culturais que atravessam a vida dessas mulheres e que acabam culminando em problemas da ordem psíquica, logo as mesmas acabam se encontrando em condições favoráveis ao abuso.

Nos resultados expostos no Quadro 2 a seguir, desenvolve-se mais detalhadamente as questões que atravessam a temática abordada.

Quadro 2. Resultados dos artigos pesquisados

1	Destaca-se que o benzodiazepínico entra em uma espécie de curto-circuito no qual o tráfico de drogas comparece tanto na porta de entrada (como argumento para o consumo da substância em decorrência da violência cotidiana experimentada pelas mulheres) como na outra ponta (como substância desviada dos serviços de saúde e comercializada nos pontos de venda de drogas). Essa medicação constitui-se, assim, num gadget – objeto de consumo revestido pelo brilho de supostamente recobrir a falta. Diante desse cenário, urge pensar políticas públicas que possam ir além do modelo medicalizante.
2	O uso abusivo de benzodiazepínicos emerge como um fenômeno naturalizado no âmbito dos serviços de saúde, sendo, inclusive, considerado necessário para a mulher contemporânea. O sofrimento psíquico relaciona-se aos conflitos pessoais e familiares, mas sua abordagem encontra-se estruturada em torno do uso do medicamento, desconsiderando a singularidade feminina e as condições em que ele é produzido. Assim, o fármaco não age apenas quimicamente, mas que ele porta efeitos simbólicos e imaginários.
3	Constatou-se o problema do uso do grupo terapêutico estudado em mulheres idosas, em uma proporção significativa, com continuidade do uso que vai além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado.
4	Foi encontrada utilização de benzodiazepínicos por 13,14% das frequentadoras da unidade básica de saúde, sendo maior em mulheres de 50 a 69 anos, em relacionamento estável e analfabetas. O uso encontrado foi principalmente por insônia (48,14%), de medicamentos de longa meia-vida, crônico (mais de 6 meses, 89,14%), com prescrição inicial principalmente pelo clínico geral (47,82%), com alta taxa de tentativas de interrupção (91,3%) infrutíferas (69,05%).

5	O uso de psicotrópicos foi informado por 212 (53%) entrevistados. Entre as mulheres entrevistadas, 163 (59,0%) referiram consumo desses. Dentre os medicamentos, a classe dos benzodiazepínicos foi a mais utilizada – 130 (61,3%), principalmente entre aqueles com idade menor que 60 anos, sendo o clonazepam o mais prescrito desta.
6	Foram identificadas 81 usuárias de benzodiazepínicos entre 1.094 mulheres adultas (7,4%). Em relação aos fatores de risco, a comparação dos grupos de usuárias (n = 64) e não usuárias de benzodiazepínicos (n = 70) apontou que ter doença crônica e usar outro psicotrópico foram significativamente associados ao uso de benzodiazepínicos.
7	Observamos que o consumo de calmantes é intensificado entre as mulheres idosas, que passam a tratar conflitos e questões cotidianas por meio do uso de medicamentos. As mulheres idosas, com experiência de frequência dos serviços de saúde, entre eles os psiquiátricos, durante vários anos, conseguem incorporar conhecimentos e experiências sobre o uso dos calmantes, promovendo a sua difusão no meio social.
8	O consumo e a dependência de benzodiazepínicos são singulares e não se restringem a uma relação biológica de seus efeitos, mas incluem a influência de fatores sociais e culturais.
9	Dos 330 participantes, a maioria eram mulheres, com histórico familiar de transtorno mental e uso de bzd, não realizava acompanhamento com psicólogo e fazia uso de outros psicotrópicos e de polifarmácia ($p > 0,05$). A minoria das prescrições tinha indicação de uso do bzd (37,5% para idosos e 32,4% para adultos) ($p > 0,05$). Apenas 5,8% das prescrições para idosos e 1,9% para adultos eram racionais ($p > 0,05$). O uso crônico foi observado em todos os adultos e idosos com transtornos depressivos e ansiosos ($p > 0,05$). Uma minoria das prescrições de bzd para adultos e idosos era apropriada.
10	O uso de medicamentos nos CAPS diferiu segundo a modalidade do serviço, tendo sido observado um maior grau de utilização nos CAPS ad. As diferenças encontradas podem subsidiar a discussão de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise dos resultados dos textos trazidos no Quadro 2, o que se percebe é um consenso quanto à afirmativa de que a grande maioria dos usuários de benzodiazepínicos são mulheres, que fazem o uso indevido desses medicamentos, por motivos que muitas vezes não justificam o tratamento medicamentoso, se concretizando um uso irracional do medicamento.

Os estudos quantitativos trouxeram números importantes sobre diversos aspectos da vida da população estudada, como a média de idade entre as usuárias que em todos os estudos estavam em torno do final da idade adulta e início da velhice, como mostram: Lira, Lima, Barreto e Melo

(2014) afirmam que a média de idade das usuárias de seu estudo foi de 52,45 anos; Nordon, Akamine, Novo e Hübner (2009) declaram que a maioria das usuárias (29,7%) tem de 50 a 59 anos; nos estudos de Alves et al. (2020), a grande parte das mulheres (63,8%) tem de 40 a 59 anos; e Silva, Almeida e Souza (2019) afirmam que a maioria das usuárias têm de 56 a 74 anos (48,4%).

Lira et al. (2014), nos seus achados diz que dos usuários de uma USF em Recife que fazem uso de benzodiazepínicos, 71% são mulheres das quais 58,30% desempenham apenas funções domésticas, e os medicamentos geralmente (66,20%) não são prescritos por especialistas, que são os psiquiatras e neurologistas.

Nordon, et al. (2009) traz que a maioria das mulheres estudadas são casadas ou “amigadas” (67,42%), analfabetas (28,6%), que fazem o uso crônico por mais de 36 meses (69,6%), sendo que 65,21% dos benzodiazepínicos foram prescritos por médicos gerais que predominantemente apenas atualizavam as receitas, para queixas de insônia (48,1%) e ansiedade (39,5%).

Já na pesquisa de Alves et al. (2020) com uma população de 400 pessoas que também inclui usuários masculinos, onde 274 são mulheres e 126 são homens, obtiveram o dado que das 274 mulheres atendidas, 163 (59,5%) utiliza benzodiazepínicos enquanto que dos 126 homens, apenas 49 (38,9%) fazem o uso do psicotrópico. O dado alarmante desta pesquisa é em relação ao tempo de uso dos medicamentos por ambos os gêneros, que na maioria dos casos (34%) fazem o uso de 1 a 5 anos, e em segundo lugar, com 26,4%, utilizam os benzodiazepínicos há mais de 10 anos, quando o tempo estimado para o uso é de 4 meses.

Na discussão trazida por Silva, Lima e Ruas (2018) no ranking feito sobre a prescrição de medicamentos em geral em diferentes modalidades de Caps numa região de Minas Gerais, temos em 2º e 4º lugar os benzodiazepínicos Clonazepam e Diazepam, respectivamente, com 8,17% e 7,28% das prescrições de medicamentos feitas nos serviços.

Inúmeros fatores influenciam o abuso desse tipo de droga pelas mulheres, fatores estes que surgem na própria história de vida e subjetividade, mas que são reflexos de uma demanda social profunda, de uma expectativa de imagem sobre o ser mulher socialmente construído, que não dá a possibilidade de insucesso.

Como afirma o estudo de Martins, Silveira, Carrilho e Vieira (2017), de cunho qualitativo, traz o estudo de caso de Louise, uma mulher de 43 anos que toma benzodiazepínicos desde os 18 anos de idade, quando precisou iniciar o uso para conseguir se casar e desde então nunca parou de tomar o remédio. A grande motivação para iniciar o uso é o fato que desde a infância tem uma característica presente na sua personalidade que é a agressividade. Na escola era apelidada de

“macho-fêmea” por ser a agressividade uma característica esperada nos meninos. A prescrição do remédio foi feita inicialmente por um cardiologista, “porque ele, eu sou hipertensa e ele me achou muito descontrolada” (p. 5). Apesar de ser a “descontrolada” Louise é constantemente demandada a ter equilíbrio, como conta: “porque tá acontecendo os problemas lá em casa e eu tenho que me manter forte pra ter equilíbrio porque o equilíbrio [...] as minhas filhas já disseram: ‘o equilíbrio da casa, a sustentação da vida era eu’. Eu tô cansada disso, tô cansada, tô cansada desse peso. Não tô aguentando mais...” (p. 6).

Mendonça, Carvalho, Vieira e Adorno (2008, p. 100) trazem a fala de mulheres idosas usuárias dos calmantes e dizem que a família é a principal causa do consumo de benzodiazepínicos, que faz ser deixado de lado o biológico e o individual: “Deve ser porque tem filho, fica nervoso quem tem família, né?” (Caetana, 86 anos).

Além do fator família, as condições socioeconômicas são muito citadas quando se estuda o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos pelas mulheres. No relato de um dos médicos entrevistados na pesquisa realizada por Silveira, Almeida e Carrilho (2019, p. 113), fica bem notório: “Ah, o... o motivo essencial que levou ao uso de benzodiazepínico aahh... Permanece lá. Ou seja, a baixa condição socioeconômico, ah... O frágil tecido social que eles estão inseridos” (Médico 2). Silveira et al. afirma que se colocada a necessidade do uso de medicação para sanar nas mulheres a dor que nasce num campo social, não estará sendo feita uma clínica, e a intervenção ficará sempre pautada nesse processo medicalizador. Na sua entrevista, a enfermeira 8 alega que “é assim... Não existe uma clínica, existe uma dependência social da medicação, entendeu?” (Silveira, et al., p. 113). Se coloca em questão a dupla função do medicamento de anestesiá uma dor que precisa de um olhar e ao mesmo tempo de realizar a manutenção de uma ordem social que causa o adoecimento das mulheres.

O cenário do tráfico de drogas como adoecedor também fez parte dos resultados encontrados por Silveira et al. (2019). Corroborando com os dados apresentados por outras pesquisas aqui citadas, a queixa de insônia vem acompanhando esse cenário de tráfico, no qual familiares das mulheres e às vezes elas próprias estão inseridas. Muitas vezes “[...] o paciente mora numa favela, onde tem tiro, bala, gente morrendo o tempo todo, traficante. À noite toma um benzodiazepínico, dorme a noite todinh[a]...” (Médica 5) (p. 115). Nesse sentido, o problema enfrentado parece justificar um consumo de medicamentos que na verdade só mascara o horror que a guerra às drogas traz para os povos favelados.

Mendonça et al. (2008) ainda percebe em seu trabalho um aumento do uso de benzodiazepínicos com o aumento da idade. Pela necessidade de continuar a cuidar da casa e da família, ser produtiva em seu ambiente, se sentir inserida socialmente, como explícito na fala de Ivone de 71 anos, que diz: “tenho certeza que sem os calmantes podem me internar. Porque agora eu trabalho, eu faço comida, certinho, cozinho pra muita gente. Eu lavo louça, eu tenho a casa muito bem cuidada (...)” (p. 101).

Essa justificativa da necessidade de continuar o trabalho doméstico é apontada por Mendonça et al. (2008) como uma reafirmação dos papéis de gênero, pois o medicamento causa a tranquilidade para suprimir as reações das mulheres frente aos padrões sociais de comportamento estabelecidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica foram importantes movimentos que despertaram na sensibilidade do olho que vê a tortura sendo praticada pelo homem contra o homem e a isso sim atribui o adjetivo de anormal, buscaram trilhar caminhos que apontam para o cuidar em seu íntimo significado. Dessa luta nasce a Rede de Atenção Psicossocial que substitui os manicômios visando dar vida a quem simbolicamente não a tinha.

A questão do abuso de drogas tardiamente foi assumida como problema de saúde mental e acolhida nos serviços da RAPS, que hoje realiza uma tarefa primordial no cuidado à saúde física e mental de usuários de drogas que antes eram despercebidos, agora são ouvidos em sua subjetividade.

Muitos avanços ocorreram e isso é inegável, mas ainda há muito caminho a percorrer na questão das drogas. Como um serviço que diminui os danos causados por drogas pode diminuir também a prescrição de benzodiazepínicos? Inclusive tendo um olhar mais crítico para o uso desenfreado desses medicamentos estimulado pelas sociedades capitalistas? Essas são umas das questões que, seguindo o caminho da Luta Antimanicomial, precisam ser solucionadas para continuar evoluindo esse projeto tão expressivo de cuidado que respeita a liberdade.

Por fim, destaca-se que a problemática trazida por este trabalho, apesar de bastante conhecida e corriqueira nos serviços do SUS país afora e confirmada com a quantidade de pesquisas sobre o assunto, diferentemente do uso de outras substâncias, parece nos indicar que o

cuidado em relação ao uso abusivo de benzodiazepínicos na perspectiva da Redução de Danos carece de uma maior instrumentalização.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T. M., & Rosa, L. C. S. (2016, maio, agosto). Usos de Substâncias Psicoativas por Mulheres: A importância de uma perspectiva de gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 24(2), 443-462. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ref/a/nkvT95KzLpLjgZb3hPVtdw/>. DOI: 10.1590/1805-9584-2016v24n2p443
- Araújo, N. D. (2019). Redução de Danos: História, práticas e desafios. In L. T. L. S., Surjus & P. C., Silva (Orgs.), *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos* (Cap. 1, pp. 16-26). São Paulo: UNIFESP
- Boiteux, L. (2016, setembro). Encarceramento Feminino e Seletividade Penal. *Rede Justiça Criminal: Discriminação de gênero no sistema penal*. (Ed. 9, pp. 5-6). Recuperado de https://redejusticacriminal.org/wp-content/uploads/2018/05/2016_09-Boletim_RJC_n%C2%BA9.pdf
- Caldeira, Z. F. (2019). O Governo dos Corpos das “Mães do Crack”: A produção de um novo inimigo social. *Rev. Episteme Transversalis*, 10(1), 239-257. Recuperado de <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/1311/104>
- Carneiro, H. (2002). A Fabricação do Vício. In *A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina*, XIII Encontro Regional de História. Belo Horizonte: Associação Nacional de História de Minas Gerais
- Carrilho, C. A., Silveira, L. C., Martins, I. C., & Dantas, R. A. (2015, julho, setembro). O Uso Inadequado de Substâncias Psicotrópicas entre Mulheres: Um estudo a partir da singularidade feminina. *Revista Mineira de Enfermagem*. 19(3), 666-672. Recuperado de <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n3a11.pdf>. DOI: 10.5935/1415-2762.20150051
- Carvalho, J. A. A. (2018, setembro) Psiquiatria Forense e Gênero: As mulheres no manicômio judiciário Maurício Cardoso. *Anais do V Encontro de Pesquisas Históricas da PUCRS*, Porto Alegre, RS, 5. Recuperado de <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre//anais/ephis/assets/edicoes/2018/arquivos/19.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) em Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas*. Brasília, 1ª edição
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, & Ministério Público do Trabalho Impresso no Brasil. (2020, março). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional*. Brasil, 2ª edição

- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007, dezembro). Revisão Sistemática: Uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcgmV6Gf/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>
- Dantas, F. H. A. (2017). *A formação em Psicologia no contexto da democratização do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal
- David, E. C., Marques, A. L. M., & Silva, F. F. L. (2019). Redução de Danos e Racismo. In L. T. L. S., Surjus & P. C., Silva (Orgs.), *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos* (Cap. 3, pp. 40-45). São Paulo: UNIFESP
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1). Recuperado de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (Orgs.) (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, & Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo, 364 p.
- Farias, E. C., & Otsuka, E. (2019). Contexto Social e Histórico das Drogas: Múltiplos usos, racismo e repressão do proibicionismo do Estado. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Cadernos Temáticos - Álcool e Outras Drogas: Subsídios para a sustentação da política antimanicomial e de redução de danos* (1ª ed., pp. 09-18). São Paulo: CRP SP
- Figueirêdo, M. L. R., Delevatti, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre Loucos e Manicômios: História da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação*, 2(2), 121-136. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva
- Gabriel, K. C. (2016). *Transtornos Mentais e a Utilização de Psicofármacos entre as Mulheres na Atenção Primária* (Projeto de Intervenção). Universidade Federal de São Paulo, Franco da Rocha, São Paulo
- Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. (2001, 9 abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Leopoldo, A. P., & Rosa L. C. D. (2019, agosto). Quem São as Loucas Infratoras? Uma Reflexão sobre as Mulheres que Cumprem Medida de Segurança e a Gestão de Políticas Públicas na Saúde Mental. *IX Jornada Internacional de Políticas Públicas*, São Luís, MA, Brasil, 9. Recuperado de <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/171.pdf>
- Lima, F. S., & Miranda, C. D. A. (2019, agosto). Encarceramento Feminino na América Latina e a Política de Guerra às Drogas: Seletividade, discriminação e outros rótulos. *Revista Direitos*

- Sociais e Políticas Públicas*, 7(2), 446-474. Recuperado de <https://unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/484>
- Maciel, M. E. S. (1999, julho). A Eugenia no Brasil. *Revista Anos 90*. (no. 11, pp. 121-143). Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31532/000297021.pdf?sequence=1>
- Oliveira, J. F., Paiva, M. S., & Valente, C. M. L. (2007, abril) A Interferência do Contexto Assistencial na Visibilidade do Consumo de Drogas por Mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 247-252. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2423>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200009>
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004, agosto). Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: As contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 11(2), 241-258. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>
- Pontes, C. A. L., & Silveira, L. C. (2017, janeiro, junho). Abuso de Benzodiazepínicos entre Mulheres: O que esse fenômeno (re)vela? *Revista Sanare*, 16(1), 15-23
- Portaria nº 3.088 (23, dezembro, 2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, nº 96, Brasília-DF, 21 de maio de 2013, pp. 37-38. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria nº 336 (19, fevereiro, 2002). Diário Oficial da União, seção 1, Brasília-DF, 20 de fevereiro de 2002, p. 22. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Prado, A. L. S., & Otsuka, E. (2019). Práticas em Redução de Danos. São Paulo: Cadernos Temáticos CRP SP, 1ª edição, p. 19-24. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1089>
- Queiroz Filho, A. P. (2011, setembro, dezembro). Sobre as Origens da Favela. *Mercator*, 10(23), 33-48. Recuperado de <http://www.mercator.ufc.br/mercator/article/view/651>
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*, 16(1), 111-124. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242250290_A_saude_mental_do_trabalhador_em_saude_mental_um_estudo_com_trabalhadores_de_um_hospital_psiquiatico
- Rodrigues, L. O. V. (2019). História da Redução de Danos na Cidade de Santos. In L. T. L. S., Surjus & P. C., Silva (Orgs.), *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos* (Cap. 2, pp. 30-36). São Paulo: UNIFESP

- Rodrigues, T. (2012, fevereiro). Guerras às Drogas, Ainda e Sempre? *Revista Teoria e Debate*, (Ed. 97) Recuperado de <https://teoriaedebate.org.br/debates/politicas-e-acoes-publicas-de%02combate-drogas?page=0%2C1#node-body-opniao>
- Rother, E. T. (2007, junho). Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. Recuperado de <https://acta-ape.org/article/revisao-sistemática-x-revisao-narrativa/>. DOI: [10.1590/S0103-21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)
- Vasone, N. B., & Santana, I. J. (2017). O Encarceramento Feminino por Tráfico de Drogas: Motivações e desdobramentos. *Anais do Sciencult*, 7(1), 342-357. Recuperado de <https://anaisonline.uems.br/index.php/sciencult/article/view/4658>
- Vaz, L. F. (1994). Dos Cortiços às Favelas e aos Edifícios de Apartamentos - A Modernização da Moradia no Rio de Janeiro. *Revista Análise Social*, 29(127), 581-597. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/41011022>
- Ventura, J., Gomes, G. C., Scarton, J., Perim, L. F., Corrêa, L., & Gehlen M. H. (2020, março). Representações sociais de enfermeiras acerca do cuidado familiar recebido por mulheres usuárias de crack durante a internação na maternidade e centro obstétrico. *Research, Society and Development*, 9(3). Recuperado de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2762>. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2762>
- Wronski, J. L., Pavelski, T., Guimarães, A. M, Zanotelli, S. S., Schneider, J. F., & Bonilha, A. L. (2016, abril). Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(4). Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11108/12576>. DOI: [10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201609](https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201609)

APÊNDICE ÚNICO

Nº do artigo	Referência Bibliográfica
1	Silveira, L. C., Almeida, A. N., & Carrilho, C. (2019). Os Benzodiazepínicos na Ordem dos Discursos: De objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. <i>Saúde e Sociedade</i> , 28(1), 107-120.
2	Martins, C. I., Silveira, L. C., Carrilho, C. A., & Vieira, A. N. (2017, janeiro). “O que não Tem Remédio nem Nunca Terá”: Um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher. <i>Revista Mineira de Enfermagem</i> , no. 21.
3	Lira, A. C., Lima, J. G., Barreto, M. N. S. C., & Melo, T. M. A. G. (2014, abril, junho). Perfil de Usuários de Benzodiazepínicos no Contexto da Atenção Primária à Saúde. <i>Revista APS</i> , 17(2), 223-228.
4	Nordon, D. G., Akamine, K., Novo, N. F., & Hübner, C. K. (2009). Características do Uso de Benzodiazepínicos por Mulheres que Buscavam Tratamento na Atenção Primária. <i>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</i> , 31(3), 152-158.
5	Alves, E. O., Vieira, P. D. A., Oliveira, R. A. S., Rodrigues, R. F., Silva, S. C., Martins, T. P., & Vidal, C. E. L. (2020). Prevalência do Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde em um Município do Interior de Minas Gerais. <i>Revista Médica de Minas Gerais</i> , 30(4), 61-68.
6	Silva, P. A., Almeida, L. Y, & Souza, J. (2019). O Uso de Benzodiazepínicos por Mulheres Atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , no. 53.
7	Mendonça, R. T., Carvalho, A. C. D., Vieira, E. M., & Adorno, R. C. F. (2008). Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. <i>Saúde e Sociedade</i> , 17(2), 95-106.
8	Mendonça, R. T., & Carvalho, A. C. D. (2005). O Consumo de Benzodiazepínicos por Mulheres Idosas. <i>Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas</i> , 1(2).
9	Naloto, D. C. C., Lopes, F. C., Barberato-Filho, S., Fiol, F. S. D., & Bergamaschi, C. C. (2016). Prescrição de Benzodiazepínicos para Adultos e Idosos de um Ambulatório de Saúde Mental. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 21(4), 1267-1276.
10	Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. (2020). Uso de Medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: Análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 25(7), 2871-2882.